

**Методические рекомендации
для педагогов образовательной организации**

Профилактика суицидов у обучающихся

Декабрь 2022 год
Самара

«Профилактика суицида среди учащихся»

| | | |
|------|--|---------|
| 1. | Суицидальное поведение детей и подростков..... | 2 стр. |
| 2. | Особенности суицидального поведения детей и подростков..... | 5 стр. |
| 3. | Факторы суицидального риска..... | 8 стр. |
| 4. | Индикаторы суицидального риска..... | 13 стр. |
| 5. | Факторы, препятствующие возникновению суицидального поведения у подростков..... | 17 стр. |
| 6. | Помощь в случаях суицидально-ориентированного поведения..... | 17 стр. |
| 7. | Консультирование подростков, совершивших попытку суицида..... | 26 стр. |
| 8. | Профилактика суицида детей и подростков..... | 28 стр. |
| 9. | Профилактика суицида в образовательной среде: | 34 стр. |
| 9.1. | Оптимизация межличностных отношений в школе. | |
| 9.2. | Рекомендации родителям. | |
| 10. | Групповая кризисная терапия..... | 40 стр. |
| 11. | Реориентационный тренинг..... | 42 стр. |

«Профилактика суицида среди учащихся»

Суицидальное поведение детей и подростков

Самоубийство (суицид) – это осознанное лишение себя жизни. Суицидальное поведение – понятие более широкое, которое, помимо суицида, включает в себя суицидальные покушения, попытки и проявления. К покушениям относят все суицидальные акты, не завершившиеся смертью по причине, не зависящей от суицидента (обрыв веревки, своевременно проведенные реанимационные мероприятия и т.д.). К суицидальным проявлениям относят соответствующие мысли, высказывания, намеки, не сопровождающиеся какими-либо действиями, направленными на лишение себя жизни. По другой классификации, выделяют самоубийства (истинные суициды), парасуициды (акты намеренного самоповреждения, не приводящие к смерти), пресуициды (состояние личности, обуславливающее повышенную по отношению к норме вероятность совершения суицидального акта). Суициды условно подразделяются на истинные, когда целью выступает желание человека лишить себя жизни, и демонстративно-шантажные, которые применяются для оказания давления на окружающих, извлечения каких-либо выгод, манипулирования чувствами других людей. Демонстративно-шантажное поведение своей целью предполагает не лишение себя жизни, а демонстрацию этого настроения.

Феномен суицида чаще всего связывают с представлением о психологическом кризисе. В данном случае под кризисом понимается эмоциональное состояние, возникающее в ситуации столкновения личности с препятствием на пути удовлетворения ее важнейших жизненных потребностей, то есть таким препятствием, которое не может быть устранено обычными способами решения проблем, известными человеку из прошлого жизненного опыта.

Таким образом, психологический кризис рассматривается как внутреннее нарушение эмоционального баланса, наступающее под влиянием угрозы (человеческой психике), создаваемой внешними обстоятельствами. А. Г. Амбрумова считает, что психологический кризис вызывается фрустрацией важнейших потребностей индивидуума и специфической личностной реакцией на эту фрустрацию. По мнению автора, «суицидоопасность определяется резкостью снижения способности конструктивного планирования будущего (т.е. степенью безнадежности)».

В литературе часто встречаются термины «аутоотравматизм», «аутоагрессивный акт», которые нередко отождествляют с суицидальными действиями. Если конечной целью аутоагрессивного акта является самоубийство, его следует относить к суицидальным действиям.

Согласно социологической теории самоубийства Э. Дюркгейма суицидальные мысли появляются в результате разрыва интерперсональных (межличностных) связей личности, отчуждения индивида от социальной группы, к которой он принадлежит. В соответствии с его взглядами, существует три основных вида суицидов. Многие акты самоубийства являются эгоистическими, и саморазрушение в этих случаях обусловлено тем, что индивид чувствует себя отчужденным и изолированным от общества, семьи и друзей. Вторым типом являются аномические (вид самоубийства, в основе которого лежит социальная дезорганизация личности) самоубийства, как следствие неудач в приспособлении человека к изменениям в обществе, приводящим к нарушению взаимосвязи личности и социальной группы. Они резко учащаются во время общественно-экономических кризисов, но сохраняются и в периоды социального процветания, когда быстрое повышение благосостояния вызывает необходимость адаптации к новым, отличным от прежних условиям жизни. Последний вид самоубийства Э. Дюркгейм называл альтруистическим. Это суицид, который совершается человеком, если авторитет социума или группы подавляет его собственную эго-идентичность и он жертвует собой во благо общества, ради какой-либо социальной, религиозной или философской идеи.

Основатель индивидуальной психологии А. Адлер полагал, что быть человеком означает, прежде всего, ощущать собственную неполноценность. Жизнь заключается в

стремлении к цели, которая может не осознаваться, но направляет все поступки индивида и формирует жизненный стиль. Чувство неполноценности возникает в раннем детстве и основано на физической и психической беспомощности, усугубляемой различными недостатками. Для человека экзистенциально важно ощущать общность с другими людьми. Поэтому в течение всей жизни он находится в поиске преодоления комплекса неполноценности, его компенсации или сверхкомпенсации. Этот поиск реализуется в стремлении к самоутверждению, власти, которая становится движущей силой человеческого поведения и делает жизнь осмысленной.

Однако этот поиск может натолкнуться на значительные препятствия и привести к кризисной ситуации, с которой начинается «бегство» в суицид. Утрачивается чувство общности; между человеком и окружающими устанавливается «дистанция», оправдывающая непереносимость трудностей; в сфере эмоций возникает нечто, напоминающее «предстартовую лихорадку», с преобладанием аффектов ярости, ненависти и мщения. А. Адлер подчеркивал, что, поскольку человеку свойственно внутреннее стремление к цели, чаще всего бессознательной, то, зная последовательность поступков в случае аутоагрессии, ее можно предотвратить.

Роль тревоги и других эмоциональных переживаний в происхождении суицидального поведения подчеркивалась представителями гуманистической психологии. Карл Роджерс полагал, что основная тенденция жизни состоит в актуализации, сохранении и усилении Я, формирующегося во взаимодействии со средой и другими людьми. Если структура Я является ригидной, то не согласующийся с ней реальный опыт, воспринимаемый как угроза жизни личности, искажается либо отрицается. Когда человек не признает его, он как бы заключает себя в темницу. Тогда нежеланный опыт отчуждается от Я, в силу чего теряется контакт с реальностью. Таким образом Я, вначале не доверяя собственному опыту, впоследствии полностью теряет доверие к себе. Это приводит к осознанию полного одиночества. Утрачивается вера в себя, появляется ненависть и презрение к жизни, смерть идеализируется, что порождает суицидальные тенденции.

Основоположник и классик логотерапии Виктор Франкл рассматривал самоубийство в ряду таких понятий, как смысл жизни и свобода человека, а также в связи с психологией смерти и умирания. Человек, которому свойственна осмысленность существования, свободен в отношении способа собственного бытия. Однако при этом в жизни он сталкивается с экзистенциальной ограниченностью на трех уровнях: он терпит поражения, страдает и должен умереть. Поэтому задача человека состоит в том, чтобы, осознав свою ограниченность, переносить неудачи и страдания. В. Франкл относился к самоубийству с сожалением и утверждал, что ему нет законного, в том числе нравственного, оправдания. В случае суицида жизнь становится поражением. В конечном счете самоубийца не боится смерти – он боится жизни, считал В. Франкл.

Э. Шнейдман впервые описал признаки, которые свидетельствуют о приближении возможного самоубийства, назвав их «ключами к суициду». Он тщательно исследовал существующие в обществе мифы относительно суицидального поведения, а также некоторые особенности личности, обуславливающие суицидальное поведение. Эти особенности отражены в созданной им оригинальной типологии индивидов, которые, нередко сознательно, сами приближают свою смерть:

- искатели смерти, намеренно расстающиеся с жизнью, сводя возможность спасения к минимуму;
- инициаторы в смерти, намеренно приближающие ее (например, тяжелобольные, сознательно лишаящие себя систем жизнеобеспечения);
- игроки со смертью, склонные искать ситуации, в которых жизнь является ставкой, а возможность выживания отличается низкой вероятностью;
- одобряющие смерть, то есть те, кто, не стремясь активно расстаться с жизнью, вместе с тем не скрывают своих суицидальных намерений: это характерно, например, для эмоционально неустойчивых подростков и юношей в пору кризиса эго-идентичности.

Э. Шнейдман описал и выделил общие черты, характерные для всех суицидов, несмотря на разнообразие обстоятельств и методов их совершения:

- 1) Общей целью для суицида является поиск решения.
- 2) Общей задачей суицида является прекращение сознания.
- 3) Общим стимулом суицида является невыносимая психическая боль.
- 4) Общим стрессором при суициде являются фрустрированные психологические потребности.
- 5) Общей суицидальной эмоцией является беспомощность, безнадежность.
- 6) Общим внутренним отношением к суициду является амбивалентность.
- 7) Общим состоянием психики при суициде является сужение когнитивной сферы.
- 8) Общим действием при суициде является бегство (агрессия).
- 9) Общим коммуникативным действием при суициде является сообщение о своем намерении.
- 10) Общей закономерностью является соответствие суицидального поведения общему стилю (паттернам) поведения в течение жизни.

В последних работах Э. Шнейдман подчеркивает важность одного психологического механизма, лежащего в основе суицидального поведения, – душевной боли, возникающей из-за фрустрации таких потребностей человека, как потребность в принадлежности, достижении, автономии, воспитании и понимании.

Н. Фарбероу является создателем концепции саморазрушающего поведения человека. Его подход позволяет шире взглянуть на проблему, рассматривая не только завершённые самоубийства, но и другие формы аутоагрессивного поведения: алкоголизм, токсикоманию, наркотическую зависимость, пренебрежение врачебными рекомендациями, трудовоголизм, делинквентные поступки, неоправданную склонность к риску, неадекватный азарт и т. д. Этот подход позволил Н. Фарбероу разработать принципы современной профилактики самоубийств. Кроме того, Н. Фарбероу занимается исследованиями психологии «оставшихся в живых» (survivors) – незадачливых самоубийц, а также родственников и друзей тех, кто покончил с собой.

Таким образом, практически всеми исследователями самоубийство рассматривается как следствие социально-психологической дезадаптации личности в условиях переживаемых ею конфликтов. При этом суицид представляет собой один из вариантов поведения человека в экстремальной ситуации, причем суицидогенность ситуации не заключена в ней самой, а определяется личностными особенностями субъекта, его жизненным опытом, интеллектом, характером и стойкостью интерперсональных связей. Понятие предиспозиционной дезадаптации включает в себя снижение социально-психологической адаптированности личности в виде предрасположенности, готовности к совершению суицида. В условиях предиспозиционной дезадаптации происходит социально-психологическая дезадаптация личности, что проявляется в нарушениях поведения и различных психоэмоциональных сдвигах. При переходе предиспозиционной стадии дезадаптации в суицидальную решающее значение имеет конфликт, который понимается как сосуществование двух или нескольких разнонаправленных тенденций, одна из которых составляет актуальную для личности потребность, другая – преграду на пути ее удовлетворения.

Суицидогенный конфликт может быть вызван реальными причинами (у практически здоровых лиц), так и может заключаться в дисгармоничной структуре личности либо иметь психотический генез. Независимо от характера причин, конфликт для субъекта всегда реален и поэтому сопровождается интенсивными тягостными переживаниями с депрессивной окраской. Конфликтная ситуация подвергается личностной переработке, в процессе которой конфликт разрешается. При его субъективной неразрешимости обычными, известными, приемлемыми для личности способами в качестве пути разрешения может использоваться суицид.

Специалистами выделяется пять видов суицидального поведения в соответствии с доминирующими мотивами: протест; призыв к состраданию, сочувствию; избегание физических или душевных страданий; самонаказание и отказ от жизни (капитуляция).

Особенности суицидального поведения детей и подростков

Суицидальное поведение у детей и подростков, имея сходство с действиями взрослых, отличается возрастным своеобразием. Детям характерна повышенная впечатлительность и внушаемость, способность ярко чувствовать и переживать, склонность к колебаниям настроения, слабость критики, эгоцентрическая устремленность, импульсивность в принятии решения. Нередки случаи, когда самоубийство детей и подростков вызывается гневом, протестом, злобой или желанием наказать себя и других. При переходе к подростковому возрасту возникает повышенная склонность к самоанализу, пессимистической оценке окружающего и своей личности. Эмоциональная нестабильность, часто ведущая к суициду, в настоящее время считается вариантом возрастного кризиса почти у четверти здоровых подростков.

Суицидальное поведение у подростков бывает демонстративным, аффективным и истинным. По другой классификации выделяют следующие типы суицидального поведения подростков: преднамеренное, неодолимое, амбивалентное, импульсивное и демонстративное.

Подросток с любыми признаками суицидальной активности должен находиться под постоянным наблюдением взрослых, наблюдение должно быть неназойливым и тактичным.

Дошкольникам несвойственны размышления о смерти, хотя эта тема не проходит мимо их внимания (сказки, события жизни).

В 10-12 лет смерть оценивается как временное явление. Появляется разграничение понятий жизни и смерти, но эмоциональное отношение к смерти абстрагируется от собственной личности. Стремление быть свидетелем реакции окружающих на свою смерть или надежда на «второе рождение» характерно для суицидентов детского и подросткового возраста. Представления о смерти на протяжении детства проходят несколько этапов: от полного отсутствия в сознании ребенка представления о смерти до формального знания о ней и знакомства с атрибутами ухода из жизни (понятиями траура, похорон и т.п.). Знание о смерти не соотносится ребенком ни со своей собственной личностью, ни с личностью кого-либо из близких; не сформировано представление о необратимости смерти, которая понимается как длительное отсутствие или иное существование. Ребенок признает возможность двойственного бытия: считаться и быть умершим для окружающих и в то же время самому наблюдать их отчаяние, быть свидетелем собственных похорон и раскаяния своих обидчиков. Отсутствие страха смерти является отличительной чертой психологии детей. Было бы ошибочно относить попытки детей и подростков к демонстративным действиям. Дети в силу отсутствия жизненного опыта и осведомленности не могут использовать метод выбора. Нерасчетливость, отсутствие знаний о способах самоубийства создают повышенную угрозу смерти вне зависимости от формы самовоздействия. Опасность увеличивают также возрастные особенности. У подростков формируется страх смерти, который, однако, еще не базируется на осознанном представлении о ценности жизни.

Для подростков характерно углубленное размышление на тему жизни и смерти. Общая неустойчивость, недостаточность критики, повышенная самооценка и эгоцентризм создают условия для снижения ценности жизни, что негативно окрашивает эмоциональность подростка, а в конфликтной ситуации создает предпосылки для суицидального поведения.¹

Анализируя суицидоопасные конфликтные ситуации, специалисты убедились, что для подростка они могут складываться из незначительных, по мнению взрослых, неурядиц. Однако некоторый максимализм в оценках, неумение предвидеть истинные последствия своих поступков и прогнозировать исходы сложившейся ситуации, отсутствие жизненного опыта,

¹ *Исаев Д.С., Шерстнев К.В. Психология суицидального поведения. Самара, 2000. С. 38-42.*

свойственные периоду детства, и создавали ощущение безысходности, неразрешимости конфликта, порождали чувство отчаяния и одиночества. Все это делало даже незначительную конфликтную ситуацию суицидоопасной для ребенка и для подростка, что подчас недооценивалось окружающими взрослыми. Все это обуславливает повышенный суицидальный риск в пубертатном возрасте, что, в частности, подтверждается и статистически. Формирование суицидального поведения в детском и подростковом возрасте во многом зависит также от некоторых особенностей личности суицидента (человек, обнаруживающий любые формы суицидальных (аутоагрессивных) проявлений, в том числе совершивший суицидальную попытку или самоубийство). У всех суицидально ориентированных лиц были обнаружены эмоциональная неустойчивость, повышенная внушаемость, сензитивность, некоторая эксплозивность, импульсивность. Эти черты, выраженные нередко на уровне акцентуации характера, создавали предпосылки для социально-психологической дезадаптации личности в пубертатном периоде.

При изучении семей суицидентов в 95% случаев обнаружился отягощенный семейный анамнез: хронический алкоголизм, которым страдали один или оба родителя; личностные акцентуации (чрезмерное усиление отдельных черт характера) родителей, создающие в семье обстановку напряжения; патология, наблюдающаяся у родственников и родителей, депрессии и другие психозы, случаи самоубийства в семьях суицидентов.

Клинический анализ материала показал тесную связь нозологической принадлежности суицидоопасных состояний с возрастом суицидентов. Так, суицидальное поведение детей до 12 лет, как правило, служило признаком и выражением шизофренического процесса. Катамнестическое наблюдение выявило особую «злокачественность» процесса, дебют которого в детстве оформлялся суицидальным поведением.

В пресуицидальном периоде у подростков нами были выявлены различные варианты депрессивных состояний (как эндогенных, так и реактивных) и ситуационных реакций, как правило, на фоне подростковых акцентуаций характера.

Суицидоопасные депрессии протекают у подростков атипично, маскируясь симптомами сомато-вегетативных расстройств, ипохондрическими нарушениями, девиантным поведением. С увеличением возраста суицидентов отмечается уменьшение удельного веса эндогенных депрессий и проявляется тенденция к преобладанию реактивных депрессий.

Депрессия проявляется по-разному, в зависимости от психологической акцентуации характера. У гипертимного подростка – склонность к риску, пренебрежение опасностью. У циклотимного – субдепрессия, аффекты, печаль отчаяния, неосознанное желание навредить самому себе.

У эмоционально-лабильных подростков значимы аффективные реакции интрапунитивного типа. Суицидальное поведение отличается быстрым принятием решения, основывается на мало определенном стремлении «что-то с собой сделать». Другим фактором может служить желание «забыться». Чаще всего к саморазрушающему поведению толкает эмоциональная холодность близких и значимых лиц.

Сензитивные подростки страдают от чувства собственной неполноценности – реактивная депрессия и вызревание суицидальных намерений с неожиданной их реализацией. Психастенические подростки в состоянии расстройства адаптации характеризуются нерешительностью, испытывают страх ответственности, страх ущерба социального статуса. Для детей с шизоидной акцентуацией характерно применение допингов.

Подросток с epileптоидной акцентуацией на фоне аффекта может перейти меру осторожности. В состоянии одиночества или в безысходной ситуации агрессия может обернуться на самого себя. Чаще всего наносят порезы, ожоги, порой из мазохистических побуждений. Опьянения нередко протекают по дисфорическому типу с утратой контроля над собой. Участников азартных игр больше всего среди наркоманов и токсикоманов.

Истероидные подростки предрасположены к демонстративным суицидам.

Все интересы подростка с неустойчивой акцентуацией направлены на получение удовольствий.

Конформный подросток может совершить суицид за компанию.

Различают следующие типы суицидального поведения.

Демонстративное поведение

В основе этого типа суицидального поведения лежит стремление подростка привлечь внимание на себя и свои проблемы, показать, как ему трудно справляться с жизненными ситуациями. Это своего рода просьба о помощи. Как правило, демонстративные суицидальные действия совершаются не с целью причинить себе реальный вред или лишиться жизни, а с целью напугать окружающих, заставить их задуматься над проблемами подростка, «осознать» свое несправедливое отношение к нему. При демонстративном поведении способы суицидального поведения чаще всего проявляются в виде порезов вен, отравления неядовитыми лекарствами, изображения повешения.

Аффективное суицидальное поведение

Суицидальные действия, совершенные под влиянием ярких эмоций относятся к аффективному типу. В таких случаях подросток действует импульсивно, не имея четкого плана своих действий. Как правило, сильные негативные эмоции (обида, гнев) затмевают собой реальное восприятие действительности и подросток, руководствуясь ими, совершает суицидальные действия. При аффективном суицидальном поведении чаще прибегают к попыткам повешения, отравлению токсичными и сильнодействующими препаратами.

Истинное суицидальное поведение

Истинное суицидальное поведение характеризуется продуманным планом действий. Подросток готовится к совершению суицидального действия. При таком типе суицидального поведения подростки чаще оставляют записки, адресованные родственникам и друзьям, в которых они прощаются со всеми и объясняют причины своих действий. Поскольку действия являются продуманными, такие суицидальные попытки чаще заканчиваются смертью. При истинном суицидальном поведении чаще прибегают к повешению или к прыжкам с высоты.

Основные мотивы суицидального поведения у детей и подростков:

1. Переживание обиды, одиночества, отчужденности и непонимания.
2. Действительная или мнимая утрата любви родителей, неразделенное чувство и ревность.
3. Переживания, связанные со смертью, разводом или уходом родителей из семьи.
4. Чувства вины, стыда, оскорбленного самолюбия, самообвинения.
5. Боязнь позора, насмешек или унижения.
6. Страх наказания, нежелание извиниться.
7. Любовные неудачи, сексуальные эксцессы, беременность.
8. Чувство мести, злобы, протеста; угроза или вымогательство.
9. Желание привлечь к себе внимание, вызвать сочувствие, избежать неприятных последствий, уйти от трудной ситуации.
10. Сочувствие или подражание товарищам, героям книг или фильмов.

К особенностям суицидального поведения в молодом возрасте относятся:

1. Недостаточно адекватная оценка последствий аутоагрессивных действий. Понятие «смерть» в этом возрасте обычно воспринимается весьма абстрактно, как что-то временное, похожее на сон, не всегда связанное с собственной личностью. В отличие от взрослых, у детей и подростков отсутствуют четкие границы между истинной суицидальной попыткой и демонстративно-шантажирующим аутоагрессивным поступком. Это заставляет в практических целях все виды аутоагрессии у детей и подростков рассматривать как разновидности суицидального поведения.

2. Несерьезность, мимолетность и незначительность (с точки зрения взрослых) мотивов, которыми дети объясняют попытки самоубийства. Этим обусловлены трудности своевременного распознавания суицидальных тенденций и существенная частота неожиданных для окружающих случаев.

3. Наличие взаимосвязи попыток самоубийств детей и подростков с отклоняющимся поведением: побегами из дома, прогулами школы, ранним курением, мелкими

правонарушениями, конфликтами с родителями, алкоголизацией, наркотизацией, сексуальными эксцессами и т.д.

4. В детском и подростковом возрасте возникновению суицидального поведения способствуют депрессивные состояния, которые проявляются иначе, чем у взрослых. Сравнительная характеристика депрессивных состояний детей и подростков приведена в таблице.

Таблица

Признаки депрессии у детей и подростков

| Дети | Подростки |
|---|---|
| Печальное настроение | Печальное настроение |
| Потеря свойственной детям энергии | Чувство скуки |
| Внешние проявления печали | Чувство усталости |
| Нарушения сна | Нарушения сна |
| Соматические жалобы | Соматические жалобы |
| Изменение аппетита или веса | Неусидчивость, беспокойство |
| Ухудшение успеваемости | Фиксация внимания на мелочах |
| Снижение интереса к обучению | Чрезмерная эмоциональность |
| Страх неудачи | Замкнутость |
| Чувство неполноценности | Рассеянность внимания |
| Негативная самооценка | Агрессивное поведение |
| Чувство «заслуженной отвергнутости» | Непослушание |
| Низкая фрустрационная толерантность | Склонность к бунту |
| Чрезмерная самокритичность | Злоупотребление алкоголем или наркотиками |
| Сниженная социализация, замкнутость | Плохая успеваемость |
| Агрессивное поведение, отреагирование в действиях | Прогулы в школе |

Признаки депрессии

- потеря интереса или чувства удовлетворения в ситуациях, обычно вызывающих положительные эмоции;
- неспособность к адекватной реакции на похвалы;
- чувство горькой печали, переходящей в плач;
- чувство неполноценности, бесполезности, потеря самоуважения;
- пессимистическое отношение к будущему, негативное восприятие прошлого;
- повторяющиеся мысли о смерти или о самоубийстве;
- снижение внимания или способности к ясному мышлению;
- вялость, хроническая усталость, замедленные движения и речь;
- снижение эффективности или продуктивности в учебе, работе, быту;
- изменение привычного режима сна, бессонница или повышенная сонливость;
- изменение аппетита с последующим увеличением или потерей веса.

Заметив признаки депрессии у подростка, сами родители или специалисты-психологи должны усилить индивидуальную работу с ним.

Факторы суицидального риска

На вероятность совершения суицидальных действий влияют самые разнообразные факторы: индивидуальные психологические особенности человека и национальные обычаи, возраст и семейное положение, культурные ценности и уровень употребления психоактивных веществ, время года и т.д. С определенной долей условности все известные факторы суицидального риска можно разделить на социально-демографические, медицинские, природные, индивидуально-психологические.

Социально-демографические факторы

Возраст. Суицидальные акты встречаются практически в любой возрастной группе. Так, имеются данные о суицидальных попытках у детей 3–6 лет, хотя суицидальное поведение у детей до 5 лет встречается крайне редко. Чаще всего молодежь совершает суициды в возрасте от 15 до 24 лет, что связано с высокими требованиями к адапционным механизмам личности, предъявляемым именно в этом возрасте.

Пол. Девушки чаще совершают попытки самоубийства, избирая при этом менее мучительные и болезненные способы, чем юноши; однако у мужчин суицид чаще носит заверченный характер. Соотношение суицидальных попыток у девушек, женщин и юношей, мужчин составляет приблизительно 2-3:1, но по количеству суицидальных попыток, самоубийств и актов самоповреждений, взятых вместе, юноши, мужчины опережают девушек, женщин.

Место жительства. Количество самоубийств среди городских жителей заметно выше, чем в сельской местности. Выявлена прямо пропорциональная зависимость между плотностью населения и частотой самоубийств. Даже в пределах одного города частота заверченных самоубийств выше в центральной его части, а незавершенных – на окраинах. По последним данным, в нашей стране частота суицидальных случаев в городской и сельской местности примерно одинакова.

Семейное положение. Среди суицидентов (человек, совершивший попытку суицида, либо демонстрирующий суицидальные наклонности) преобладают лица, имевшие в детстве приемных родителей, воспитывавшиеся в интернате или же имевшие только одного из родителей. Существенное влияние оказывает также социально-психологический тип семьи. Суицидоопасные состояния, в частности, легче возникают в семьях дезинтегрированных (отсутствие эмоциональной и духовной сплоченности), дисгармоничных (рассогласование целей, потребностей и мотиваций членов семьи), корпоративных (возложенные обязанности член семьи выполняет лишь при условии такого же отношения к обязанностям других членов семьи), консервативных (неспособность членов семьи сохранить сложившуюся коммуникативную структуру под давлением внешних авторитетов) и закрытых (ограниченное число социальных связей у членов семьи).

Родительские семьи суицидентов характеризуются аффективным беспорядком отношений и открытыми конфликтами между их членами. Матерям свойственны истероидные черты характера. У отцов преобладают шизоидные и эпилептоидные черты, часто сопровождающиеся чужаковатостью, жестокостью, безразличием. Все это порождает холодную атмосферу в семье, запущенность детей, их психологическую дистанцию от родителей. В связи с занятостью собственными, чаще личными, переживаниями в такой семье можно наблюдать отсутствие тепла, равнодушие и лишь формальную заинтересованность родителей делами детей. Иногда родители проявляют открытый негативизм. В отрочестве, в ситуации разрушенной семьи, нередко повышено жесткие требования, предъявляемые ребенку одним из родителей. Для суицидентов характерно постоянное чувство отсутствия заботы окружающих.

Два обстоятельства в семье имеют наиболее тесное отношение к последующей аутоагрессии:

- ранние утраты: депривация, связанная со смертью, уходом из семьи или разводом родителей искажает психическое развитие детей;
- дисгармоничное воспитание: хроническая конфликтно-деструктивная атмосфера в семье приводит к возникновению отрицательных образов родителей. Отвержение матерью, жестокое обращение отца, предпочтение, оказываемое другому ребенку, несомненно, усиливают суицидальные тенденции.

При оценке суицидального риска предлагается также учитывать следующие биографические факторы:

- Гомосексуальная ориентация (подростки обоего пола).
- Суицидальные мысли, намерения, попытки в прошлом.

• Суицидальное поведение родственников, близких, друзей, других значимых лиц (религиозные лидеры, кумиры поп-культуры и т. д.).

Индивидуально-психологические факторы

Личностные и характерологические особенности часто играют ведущую роль в формировании суицидального поведения. Однако поиски связей между отдельными чертами личности и готовностью к суицидальному реагированию, как и попытки создания однозначного «психологического портрета суицидента», не дали результатов. Решающими в плане повышения суицидального риска являются не конкретные характеристики личности, а степень целостности структуры личности, «сбалансированности» ее отдельных черт, а также содержание морально-нравственных установок и представлений. Повышенный риск самоубийства характерен для дисгармоничных личностей, при этом личностная дисгармония может быть вызвана как утрированным развитием отдельных интеллектуальных, эмоциональных и волевых характеристик, так и их недостаточной выраженностью.

Выявлен ряд предрасполагающих психологических факторов суицидального поведения:

- повышенная напряженность потребностей, стремление к эмоциональной близости, низкая способность к формированию психологических защитных механизмов, неумение ослабить фрустрацию;
- импульсивность, эксплозивность и эмоциональная неустойчивость, повышенная внушаемость, бескомпромиссность и отсутствие жизненного опыта;
- чувство вины и низкая самооценка;
- гипореактивный эмоциональный фон в период конфликтов, затруднение в перестройке ценностных ориентации.

В подростковом возрасте вероятность аутоагрессивного поведения в значительной мере зависит от типа акцентуации характера. Вероятность аутоагрессивного поведения велика при следующих типах акцентуации характера:

Циклоидный тип. Суицидальные действия обычно совершаются в субдепрессивной фазе на высоте аффекта. Потенцирует суицид публично нанесенная обида, унижение, цепь неудач, что наталкивает подростка на мысли о собственной никчемности, ненужности, неполноценности

Эмоционально-лабильный тип. Суицидальные действия совершаются в период острых аффективных реакций. Суицидальное поведение аффективно, принятие решения и его исполнение осуществляется быстро, как правило, в тот же день.

Эпилептоидный тип. Суицидальные действия совершаются в период аффективных реакций, которые чаще бывают экстрапунитивными (агрессивными), но могут трансформироваться в демонстративное суицидальное поведение.

Истероидный тип. Для них характерны демонстративные и демонстративно-шантажные суицидальные попытки.

Выделяют также ряд личностных стилей суицидентов (человек, обнаруживающий любые формы суицидальных (аутоагрессивных) проявлений, в том числе совершивший суицидальную попытку или самоубийство):

1. Импульсивный: внезапное принятие драматических решений при возникновении проблем и стрессовых ситуаций, трудности в словесном выражении эмоциональных переживаний.

2. Компульсивный (навязчивое, непреодолимое): установка во всем достигать совершенства и успеха часто бывает излишне ригидна и при соотнесении целей и желаний с реальной жизненной ситуацией может привести к суициду.

3. Рискующий: балансирование на грани опасности («игра со смертью») является привлекательным и вызывает приятное возбуждение.

4. Регрессивный: снижение по разным причинам эффективности механизмов психологической адаптации, эмоциональная сфера характеризуется недостаточной зрелостью, инфантильностью или примитивностью.

5. Зависимый: беспомощность, безнадежность, пассивность, необходимость и постоянный поиск посторонней поддержки.

6. Амбивалентный: наличие одновременного влияния двух побуждений – к жизни и смерти.

7. Отрицающий: преобладание магического мышления, в силу чего отрицается конечность самоубийства и его необратимые последствия, отрицание снижает контроль над волевыми побуждениями, что усугубляет риск.

8. Гневный: затрудняется выразить гнев в отношении значимых лиц, что заставляет испытывать неудовлетворенность собой.

9. Обвиняющий: убежден в том, что в возникающих проблемах непременно есть чья-то или собственная вина.

10. Убегающий: бегство от кризисной ситуации путем самоубийства, стремление избежать психотравмирующей ситуации.

11. Бесчувственный: притупление эмоциональных переживаний.

12. Заброшенный: переживание пустоты вокруг, грусти или глубокой скорби.

13. Творческий: восприятие самоубийства как нового и привлекательного способа выхода из неразрешимой ситуации.

К индивидуальным факторам суицидального риска следует отнести и содержание морально-этических норм, которыми личность руководствуется. Высокая частота суицидальных поступков наблюдается в тех социальных группах, где существующие моральные нормы допускают, оправдывают или поощряют самоубийство при определенных обстоятельствах (суицидальное поведение в молодежной субкультуре как доказательство преданности и мужества, среди определенной категории лиц по мотивам защиты чести, самоубийство престарелых лиц и больных с хроническими заболеваниями, эпидемии самоубийства среди религиозных сектантов и т.п.).

Медицинские факторы

1. Психическое здоровье. Суициденты представлены следующими диагностическими категориями:

- психически здоровыми;
- лицами с пограничными психическими расстройствами;
- психически больными.

Психическая патология может выражаться в:

- депрессии, особенно опасен затяжной депрессивный эпизод в недавнем прошлом;
- алкогольной зависимости;
- зависимости от других психоактивных веществ;
- шизофрении;
- расстройстве личности.

2. Соматическое здоровье – наличие тяжелого хронического прогрессирующего заболевания:

- онкологические и заболевания органов кровотока;
- сердечно-сосудистые (ИБС);
- заболевания органов дыхания (астма, туберкулез);
- врожденные и приобретенные уродства;
- потеря физиологических функций (зрения, слуха, способности двигаться, утрата половой функции, бесплодие);
- ВИЧ-инфекция;
- состояния после тяжелых операций;
- состояния после трансплантации донорских органов и тканей.

Природные факторы

В большинстве исследований указывается на увеличение частоты самоубийств весной. По-видимому, данная закономерность не распространяется на лиц, находящихся в условиях изоляции, и больных с тяжелыми соматическими заболеваниями. Предпринимались попытки

установить зависимость частоты самоубийств от дня недели (чаще в понедельник и постепенное снижение к концу недели) и от времени суток (чаще вечером, в начале ночи и ранним утром), но данные в этом отношении противоречивы.

Ряд авторов при оценке риска суицидальной попытки после парасуицида предлагают учитывать следующие факторы:

Внешние обстоятельства:

- насколько суицидент был изолирован во время попытки;
- насколько вероятным было вмешательство в суицидальное поведение со стороны других людей;
- предпринимал ли суицидент предупреждающие меры против возможного раскрытия суицидальных намерений другими людьми;
- писал ли прощальное письмо или записку;
- искал ли помощи во время попытки или после;
- совершал ли действия, которые, по его предположению, должны были привести к смерти.

Внутренние установки:

- верил ли суицидент в то, что действительно убьет себя;
- говорил ли, что хочет умереть;
- насколько преднамеренной была попытка;
- какие чувства испытывал, обнаружив, что попытка не удалась (его спасли) – радость, сожаление, гнев.

Естественно, что суицид всегда индивидуален. Не существует единой причины или группы причин самоубийства. Однако выделяются индикаторы суицидального риска, свидетельствующие о повышении риска возникновения суицида.

Прогноз суицидальной активности подростков

Суицидальная активность человека зависит от целого ряда факторов.

Их учет в организации повседневной жизнедеятельности поможет оказаться рядом с подростком в критический момент его жизни и оказать ему необходимую помощь.

Главную роль в возникновении суицидально опасной ситуации играют конфликты.

Наиболее распространенными являются:

1. Конфликты, связанные со спецификой жизнедеятельности (учебы, общения) и социального взаимодействия людей:

- индивидуальные адаптационные трудности;
- неудачи выполнения конкретной задачи;
- конфликты со сверстниками;
- межличностные конфликты со значимыми людьми.

2. Лично-семейные конфликты:

- неразделенная любовь;
- измена любимого человека;
- развод родителей;
- тяжелая болезнь;
- смерть близких людей;

3. Конфликты, обусловленные состоянием здоровья:

- психические заболевания;
- хронические соматические заболевания;
- физические недостатки.

4. Конфликты, связанные с антисоциальным поведением:

- страх уголовной ответственности;
- боязнь позора.

5. Конфликты, обусловленные материально-бытовыми трудностями. Следует помнить, что вероятность возникновения суицидального поведения **ВОЗРАСТАЕТ**:

- в вечернее, ночное и утреннее время, когда люди предоставлены самим себе, остаются наедине со своими мыслями, переживаниями;
- в период «пиков возрастной суицидальности» (между 17 и 24 годами);
- в условиях тяжелой морально-психологической обстановки в семье или ближайшем окружении.

Индикаторы суицидального риска

К индикаторам суицидального риска относятся особенности сложившейся ситуации, настроения, когнитивной деятельности и высказываний человека, которые свидетельствуют о повышенной степени суицидального риска.

Ситуационные индикаторы

Любая ситуация, воспринимаемая подростком как кризис, может считаться ситуационным индикатором суицидального риска: смерть любимого человека, особенно супруги или супруга; развод; потеря работы; уход на пенсию; сексуальное насилие; денежные долги; потеря высокого поста; профессиональная несостоятельность; раскаяние за совершенное убийство или предательство; угроза тюремного заключения или смертной казни; угроза физической расправы; получение тяжелой инвалидности; неизлечимая болезнь и связанное с ней ожидание смерти; нервное расстройство; шантаж; сексуальная неудача; измена или уход (жениха, невесты); ревность; систематические избиения; публичное унижение; коллективная травля; одиночество, тоска, усталость; религиозные мотивы; подражание кумиру и т.д.

Поведенческие индикаторы суицидального риска

- злоупотребление психоактивными веществами, алкоголем;
- эскейп-реакции (уход из дома и т. п.);
- самоизоляция от других людей и жизни;
- резкое снижение повседневной активности;
- изменение привычек, например, несоблюдение правил личной гигиены, ухода за внешностью;
- выбор тем разговора и чтения, связанных со смертью и самоубийствами;
- частое прослушивание траурной или печальной музыки;
- «приведение дел в порядок» (оформление завещания, урегулирование конфликтов, письма к родственникам и друзьям, раздаривание личных вещей);
- любые внезапные изменения в поведении и настроении, особенно – отдаляющие от близких;
- склонность к неоправданно рискованным поступкам;
- посещение врача без очевидной необходимости;
- нарушения дисциплины или снижение качества работы и связанные с этим неприятности в учебе, на работе или службе;
- расставание с дорогими вещами или деньгами;
- приобретение средств для совершения суицида.

Коммуникативные индикаторы

- прямые или косвенные сообщения о суицидальных намерениях («Хочу умереть» – прямое сообщение, «Скоро все это закончится» – косвенное);
- шутки, иронические высказывания о желании умереть, о бессмысленности жизни также относятся к косвенным сообщениям;
- уверения в беспомощности и зависимости от других;
- прощание;
- сообщение о конкретном плане суицида,
- самообвинения,
- двойственная оценка значимых событий;
- медленная, маловыразительная речь

Когнитивные индикаторы

- разрешающие установки относительно суицидального поведения;
- негативные оценки своей личности, окружающего мира и будущего;
- представление о собственной личности как о ничтожной, не имеющей права жить;
- представление о мире как месте потерь и разочарований;
- представление о будущем как бесперспективном, безнадежном;
- «туннельное видение» – неспособность увидеть иные приемлемые пути решения проблемы, кроме суицида;
- наличие суицидальных мыслей, намерений, планов.

Степень суицидального риска прямо связана с тем, имеются ли у подростка только неопределенные редкие мысли о самоубийстве («хорошо бы заснуть и не проснуться») или они постоянны, и уже оформилось намерение совершить самоубийство («я сделаю это, другого выхода нет») и появился конкретный план, который включает в себя решение о методе самоубийства, средствах, времени и месте. Чем обстоятельнее разработан суицидальный план, тем выше вероятность его реализации.

Эмоциональные индикаторы

- амбивалентность по отношению к жизни;
- безразличие к своей судьбе, подавленность, безнадежность, беспомощность, отчаяние;
- переживание горя;
- признаки депрессии: приступы паники, выраженная тревога, сниженная способность к концентрации внимания и воли, бессонница, умеренное употребление алкоголя и утрата способности испытывать удовольствие;
- несвойственная агрессия или ненависть к себе: гнев, враждебность;
- вина или ощущение неудачи, поражения;
- чрезмерные опасения или страхи;
- чувство своей малозначимости, никчемности, ненужности;
- рассеянность или растерянность.

Знание и учет перечисленных факторов риска крайне необходимы, так как они позволяют выявить лиц с повышенным риском суицида.

Наиболее точным, но и наиболее трудным методом изучения личности является наблюдение. Эффективность его значительно возрастает, если оно ведется систематически и целенаправленно.

Именно изменения в поведении (знаки беды) позволяют своевременно распознать надвигающуюся катастрофу. Знаки беды — это, прежде всего, заметная перемена в обычных манерах поведения подростка.

Прежде всего взрослых должны насторожить следующие поступки, жалобы, проявления:

- необычно пренебрежительное отношение к своему внешнему виду;
- усиление жалоб на физическое недомогание;
- склонность к быстрой перемене настроения;
- жалобы на плохой сон или повышенная сонливость;
- ухудшение или улучшение аппетита;
- беспричинная нервозность;
- признаки постоянной усталости;
- уход от контактов, изоляция от друзей и семьи, превращение в человека-одиночку;
- отказ от социальной активности, от совместных дел;
- излишний риск в поступках;
- нарушение внимания со снижением качества выполняемой работы;
- поглощенность мыслями о смерти или загробной жизни;
- необычные вспышки раздражительности;

- усиленное чувство тревоги, безнадежности;
- приобщение к алкоголю или наркотикам или их усиленное потребление;
- отсутствие планов на будущее;
- составление записки об уходе из жизни.

Должны насторожить следующие заявления подростка:

«ненавижу жизнь»; «всем будет лучше без меня»; «мне нечего ждать от жизни»; «они пожалеют о том, что они мне сделали»; «не могу этого вынести»; «я стал обузой для всех»; «я покончу с собой»; «никому я не нужен»; «это выше моих сил».

Состояния, приводящие к мысли о самоубийстве:

- Низкая сопротивляемость стрессу и чувство разочарования и безысходности (недостаточное принятие реальности).
- Ощущение неспособности изменить положение вещей (нет надежды на позитивные перемены в будущем).
- Отсутствие навыков конструктивного решения проблемы, образ «тупика».
- Убежденность в том, что только самоубийство решит все проблемы.

Основные маркеры суицидоопасных реакций

| Реакция | Эмоциональные нарушения | Взаимодействие с окружающими | Другое |
|--|--|--|--|
| Реакция эмоционального дисбаланса | фон настроения снижен (грусть, уныние, угнетенность, неудовлетворенность, тоска, апатия) | характер контактов поверхностный, отчасти формальный | |
| Пессимистическая реакция | представление о собственной ненужности, бесцельности, мучительности жизни | | Когнитивная сфера: негативная оценка настоящего, будущего, собственных возможностей, склонность к самоанализу, пессимистическим выводам при интерпретации жизненных событий, отсутствие перспектив в будущем Мотивационно-волевая сфера: сложности в продуктивном планировании деятельности (трудности в выборе решений, чувство неуверенности в правильности своих действий) |
| Реакция снижения коммуникабельности | переживание беспомощности | отказ от привычных контактов или значительное их ограничение (нелюдимость) | |
| Реакция оппозиции | обида, гнев, аутоагрессия (самообвинение, самоунижение, стремление к самоповреждению) | высокая степень агрессивности, резкая отрицательная оценка окружающих, их деятельности | |
| Реакция демобилизации | переживание одиночества, беспомощности, безнадежности, отверженности, изоляции, чувство краха | отказ от привычных контактов или значительное их ограничение (нелюдимость) | Мотивационно-волевая сфера: частичный отказ от деятельности, снижение продуктивности, отсутствие активного стремления к достижению цели (снижение работоспособности, активности, снижение интересов, желаний, потеря инициативы) |
| Тоскливо-депрессивная реакция | выраженный тоскливый аффект (угнетенность, уныние, грусть, высокая тревожность) | | выраженная психомоторная заторможенность (общая двигательная заторможенность, мыслительная заторможенность, замедленная речь, долгие паузы), мысли о незаслуженной обиде, несправедливости страданий, депрессивная оценка прошлого |
| Дисфорическая реакция | взрывы гнева на фоне мрачного и злобного настроения | межличностный конфликт в лично-семейной сфере | |
| Псевдораптонная реакция | психическое напряжение, тревога, беспокойство | | выраженная астения (повышенная утомляемость и истощаемость, крайняя неустойчивость настроения, раздражительность, сниженное самообладание и самоконтроль, капризность, склонность к нытью), представление о будущем носят угрожающий характер, отсутствие перспектив в будущем |
| Астено-депрессивная реакция | подавленность, иногда тревожность | | быстрая утомляемость, вялость |
| Астено-сенситивная ситуационная реакция | вспышки раздражения, гнева, которые сменяются переживаниями вины, беспомощности | | изменение ситуации травмируют и вызывают отказ от деятельности (потеря инициативы, снижение интересов, желаний) |
| Реакция соматопсихического дискомфорта | страх наличия тяжелых соматических заболеваний, беспокойство, тягостное предчувствие, страх будущего | | обильные неприятные ощущения в теле, нарушение сна |

Факторы, препятствующие возникновению суицидального поведения у подростков

Антисуицидальные факторы личности - это сформированные положительные жизненные установки, жизненная позиция, комплекс личностных факторов и психологические особенности человека, а также душевные переживания, препятствующие осуществлению суицидальных намерений. К ним относятся:

- эмоциональная привязанность к значимым родным и близким;
- выраженное чувство долга, обязательность;
- концентрация внимания на состоянии собственного здоровья, боязнь причинения себе физического ущерба;
- учет общественного мнения и избегание осуждения со стороны окружающих, представления о позорности самоубийства и неприятие (осуждение) суицидальных моделей поведения;
- убеждения о неиспользованных жизненных возможностях;
- наличие жизненных, творческих, семейных и других планов, замыслов;
- наличие духовных, нравственных и эстетических критериев в мышлении;
- психологическая гибкость и адаптированность, умение компенсировать негативные личные переживания, использовать методы снятия психической напряженности.
- наличие актуальных жизненных ценностей, целей;
- проявление интереса к жизни;
- привязанность к родственникам, близким людям, степень значимости отношений с ними;
- уровень религиозности и боязнь греха самоубийства;
- планирование своего ближайшего будущего и перспектив жизни;
- негативная проекция своего внешнего вида после самоубийства.

Чем большим количеством антисуицидальных, жизнеутверждающих факторов обладает человек, в частности подросток, чем сильнее его «психологическая защита» и внутренняя уверенность в себе, тем прочнее его антисуицидальный барьер.

Помощь в случаях суицидально-ориентированного поведения. Превентивные (предупреждающие, предотвращающие) меры в каждом этапе суицидального процесса

Подростки с суицидальными намерениями не избегают помощи, а наоборот, часто стремятся к ней, в частности к консультированию. Из тех, кто совершает суициды, почти 70% консультируются врачами общего профиля за месяц, а 40% – в течение последней недели до совершения фатального поступка; 30% так или иначе выражают свои намерения, ставя в известность окружающих.

Суицидальное поведение является динамическим процессом, состоящим из следующих этапов:

I. Этап суицидальных тенденций. Они являются прямыми или косвенными признаками, свидетельствующими о снижении ценности собственной жизни, утрате ее смысла или нежелании жить. Суицидальные тенденции проявляются в мыслях, намерениях, чувствах или угрозах. На этом этапе осуществляется превенция (профилактика) суицида, то есть его предотвращение на основании распознавания психологических или социальных предвестников. Главный смысл превентивных (предупреждающих, предотвращающих) мер состоит в том, чтобы убедить подростка, что суицидальные мысли психологически понятны и сами по себе не являются болезнью, ибо представляют естественную часть человеческого существования; что суицидальное поведение преходяще и доступно разрешению, а потому предотвратимо, если у окружающих будет желание выслушать другого человека и помочь ему.

II. Этап суицидальных действий начинается, когда тенденции переходят в конкретные поступки. Под суицидальной попыткой понимается сознательное стремление лишиться себя жизни, которое по не зависящим от человека обстоятельствам (своевременное оказание помощи, успешная реанимация и т.п.) не было доведено до конца. Самоповреждения,

впрямую не направленные на самоуничтожение, имеющие характер демонстративных действий (шантаж, членовредительство или самоповреждение, направленные на оказание психологического или морального давления на окружение для получения определенных выгод), носят название парасуицида. Парасуициды обычно не предусматривают смертельного исхода, но есть случаи, когда человек гибнет, потому что «переиграл». Суицидальные тенденции могут также привести к завершённому суициду, результатом которого является смерть.

На этом этапе осуществляется процедура интервенции. Она представляет собой процесс вмешательства в текущий суицид для предотвращения акта саморазрушения и заключается в контакте с отчаявшимся человеком и оказании ему эмоциональной поддержки и сочувствия в переживаемом кризисе. Главная задача интервенции состоит в том, чтобы удержать человека в живых, а не в том, чтобы переделать структуру личности человека или излечить его нервно-психические расстройства. Это самое важное условие, без которого остальные усилия психотерапии и методы оказания помощи оказываются недейственными.

III. Этап постсуицидального кризиса продолжается от момента совершения суицидальной попытки до полного исчезновения суицидальных тенденций, иногда характеризующихся цикличностью проявления. Этот этап охватывает состояние психического кризиса суицидента, признаки которого (соматические, психические или психопатологические) и их выраженность могут быть различными. На этом этапе осуществляются поственция и вторичная превенция (профилактика) суицидального поведения.

Поственция – это усилия по предотвращению повторения акта аутоагрессии, а также предупреждение развития посттравматических стрессовых расстройств у уцелевших и их окружения. Задачи поственции состоят в облегчении процесса приспособления к реальности у переживающих трудности, уменьшении степени заразительности суицидального поведения, а также в оценке и идентификации факторов риска повторного суицида.

Они решаются путем использования таких стратегий: психологическое консультирование; кризисная интервенция; поиск систем поддержки личности в обществе; образовательная стратегия для повышения осознания роли и значимости саморазрушающего поведения; поддержание контактов со СМИ для соблюдения этических принципов при информировании об актах аутоагрессии в обществе. Вторичная превенция заключается в предупреждении повторных суицидальных попыток.

Для осуществления превенции (предупреждение, предохранение, предотвращение) самоубийств ВОЗ предлагает использовать три концептуальные модели.

Медицинская модель превенции рассматривает попытку суицида как крик о помощи, к которому приводят эмоциональные расстройства и психологический кризис. Консультирование, медикаментозное и психотерапевтическое лечение, снижающие уровень аутоагрессии, являются основными задачами этой модели.

Социологическая модель ориентирована на идентификацию факторов и групп риска с целью адекватного контроля за суицидальными тенденциями.

Экологическая модель предусматривает исследование связи суицида с факторами внешнего окружения в конкретном социокультурном контексте. Реализация этой модели состоит в контроле и ограничении доступа к различным средствам и инструментам аутоагрессии.

Представление о суициде в нашей культуре окружено огромным количеством мифов.

Мифы и факты о суициде:

1. Миф: говоря о желании покончить с жизнью, человек просто пытается привлечь к себе внимание.

Люди, которые говорят о самоубийстве или совершают суицидальную попытку, испытывают сильную душевную боль. Они стараются поставить других людей в известность об этом. Не игнорируйте угрозу совершения самоубийства и не избегайте возможности обсудить возникшие трудности.

2. Миф: человек совершает самоубийство без предупреждения.

Исследования показали, что человек дает много предупреждающих знаков и «ключей» к разгадке его плана. Приблизительно 8 из 10 задумавших самоубийство намекают окружающим на это.

3. Миф: склонность к самоубийству наследуется. Склонность к самоубийству не передается генетически.

4. Миф: самоубийства происходят только на верхних уровнях общества – среди политиков, писателей, артистов и т.п.

Известно, что суицид совершают люди всех социальных групп. Количество самоубийств на всех уровнях общества примерно одинаково.

5. Миф: все суицидальные личности страдают психическими расстройствами.

Не все люди, совершающие суицид, психически больны.

Человек, задумавший самоубийство, чувствует безнадежность и беспомощность, не видит выхода из возникших трудностей, из болезненного эмоционального состояния. Это совсем не значит, что он страдает каким-то психическим расстройством.

6. Миф: разговор о самоубийстве может усилить желание человека уйти из жизни.

Разговор о самоубийстве не может быть причиной его совершения. Если не поговорить на эту тему, то невозможно будет определить, является ли опасность суицида реальной. Часто откровенная, душевная беседа является первым шагом в предупреждении самоубийства.

7. Миф: если человек совершил суицидальную попытку, значит он всегда будет суицидальной личностью, и в дальнейшем это обязательно повторится.

Суицидальный кризис обычно носит временный характер, не длится всю жизнь. Если человек получает помощь (психологическую и другую), то он, вероятнее всего, сможет решить возникшие проблемы и избавиться от мыслей о самоубийстве.

8. Миф: люди, задумавшие самоубийство, просто не хотят жить.

Подавляющее большинство людей с суицидальными намерениями колеблются в выборе между жизнью и смертью. Они скорее стремятся избавиться от непереносимой душевной боли, нежели действительно хотят умереть.

9. Миф: мужчины пытаются покончить жизнь самоубийством чаще, чем женщины.

Женщины совершают суицидальные попытки приблизительно в 3 раза чаще, чем мужчины. Однако мужчины убивают себя приблизительно в 3 раза чаще, чем женщины, поскольку выбирают более действенные способы, оставляющие мало возможностей для их спасения.

10. Миф: все действия во время суицидальной попытки являются импульсивными, непродуманными и свидетельствуют об отсутствии плана.

Не всегда так происходит. Большинство пытающихся уйти из жизни предварительно обдумывают свои действия.

11. Миф: человек может покончить с собой под воздействием обстоятельств даже в хорошем расположении духа.

В хорошем настроении с жизнью не расстаются, зато депрессивное состояние, как правило, рождает мысли о самоубийстве.

12. Миф: не существует значимой связи между суицидом и наркоманией, токсикоманией, алкоголизмом.

Зависимость от алкоголя, наркотиков, токсических веществ является фактором риска суицида. Люди, находящиеся в депрессивном состоянии, часто используют алкоголь и другие вещества, чтобы справиться с ситуацией. Это может привести к импульсивному поведению, так как все эти вещества искажают восприятие действительности и значительно снижают способность критически мыслить.

13. Миф: суицид – редкое явление.

В Северной Америке суицид входит в число десяти основных причин смерти (для детей и юношества это одна из двух основных причин смерти). Мысли о самоубийстве приходят почти половине населения Соединенных Штатов. Суицидальные попытки совершают 1 из 250

человек. Фактически число суицидальных попыток может быть и гораздо больше, так как некоторые самоубийства маскируются под несчастные случаи.

14. Миф: Если человек уже решил умереть, его невозможно остановить.

Большинство людей, имеющих суицидальные намерения, колеблются между желанием жить и желанием умереть. Обращение за помощью к специалистам говорит об этой амбивалентности и надежде найти другой выход.

Исследование мотивов суицида. Перед специалистом (консультантом) стоит задача понять, какими мотивами руководствуется подросток, совершивший суицидальную попытку или вынашивающий подобные планы.

Депрессивные подростки чаще всего обосновывают свои суицидальные желания двумя категориями мотивов. Одни решаются на самоубийство, желая положить конец своим страданиям и видя в самоубийстве единственно возможный способ избавиться от тягостного напряжения. Эти суициденты обычно говорят о «невыносимости» и «бессмысленности» жизни, о том, что они устали от «постоянной борьбы».

Другие суициденты признаются, что пошли на этот шаг в надежде добиться желаемого от окружающих. Кто-то пытается таким образом вернуть любовь или расположение эмоционально значимого человека, другие хотят показать близким, что нуждаются в помощи, третьи просто желают попасть в больницу, чтобы вырваться из «невыносимой» обстановки. Довольно часто наблюдается одновременное присутствие обоих мотивов, а именно: мотива бегства от жизни и манипулятивных стремлений. У суицидентов с преимущественно манипулятивной мотивацией суицидальные попытки обычно носят менее серьезный характер.

На вопрос о том, чем вызвано желание покончить с собой, суицидальные подростки обычно дают следующие ответы.

1. Жизнь не имеет смысла. Мне нечего ждать от жизни.
2. Я не могу больше жить. Я никогда не буду счастлив.
3. Это единственная возможность положить конец страданиям.
4. Я стал обузой для семьи. Им будет лучше без меня.

Все эти утверждения так или иначе связаны с чувством безысходности. Человек не видит выхода из невыносимой для него ситуации и считает, что только самоубийство освободит его от груза «неразрешимых» проблем.

Оценка риска самоубийства. Так называемая «оценка риска самоубийства» предлагает психологу упорядоченный метод оценки суицидальной опасности, объединяющий и уравнивающий достоверный клинический материал из анамнеза суицидента, данные относительно его заболевания и оценку психического состояния в настоящее время.

Оценивая степень суицидального риска в настоящий момент и в перспективе, необходимо анализировать информацию о человеке с учетом перечисленных выше факторов и индикаторов. Основой для оценки суицидального риска является интервью с клиентом и последующий анализ позиций данного интервью. Сделанный вывод можно проверить, воспользовавшись шкалой оценки угрозы суицида, разработанной Американской ассоциацией превенции суицидов. Шкала предназначена для экспресс-диагностики, поэтому, по возможности, все же лучше определять степень суицидального риска, используя детальный анализ состояния пациента, факторов и индикаторов суицидального риска.

Шкала оценки угрозы суицида

При совпадении критерия (левая колонка) с данными в правом столбце ставится один балл.

| Критерии | Угроза суицида |
|-----------------|---|
| Пол | Мужской |
| Возраст | 12–24, 45 и выше |
| Депрессия | Депрессивные состояния в прошлом, депрессия в настоящее время |

| | | |
|---|--|---|
| Предыдущие попытки | Да | |
| Зависимость от психоактивных веществ | Да | |
| Потеря рационального мышления | Иррациональное мышление | |
| Нехватка социальной поддержки | Нет семьи, друзей, круга общения | |
| Конкретный план | Время, место, способ | |
| | Летальность данного способа исполнения | |
| | Легкость его исполнения | |
| Отсутствие друга (близкого человека) | Одинокий, живущий отдельно | |
| Болезни | Хроническое заболевание, сопровождающееся сильными болями и/или утратой трудоспособности, подвижности с плохим медицинским прогнозом | |
| ИТОГО | | |
| ОЦЕНКА (количество отмеченных пунктов) | | |
| 0–2 | УРОВЕНЬ I | Невысокая степень суицидального риска |
| 3–4 | УРОВЕНЬ II | Средний уровень суицидального риска – необходимы интервенция и поддержка |
| 5–6 | УРОВЕНЬ III | Высокая степень суицидального риска – необходима антисуицидальная интервенция |
| 7–10 | УРОВЕНЬ IV | Очень высокая степень суицидального риска – требуется неотложная интервенция |

Специалисты предлагают оценивать степень суицидального риска на основе компонентов: 1) предшествующая попытка суицида; 2) суицидальная угроза; 3) оценки предшествовавших реакций суицидента на стресс, особенно на утраты, 4) оценки уязвимости суицидента к трем угрожающим жизни аффектам – одиночеству, презрению к себе и ярости; 5) оценки наличия и характера внешних ресурсов поддержки; 6) оценки возникновения и эмоциональной значимости фантазий о смерти и 7) оценки способности суицидента к проверке своих суждений реальностью. Как видно, отчасти эти компоненты дополняют критерии приведенной выше таблицы.

Методика «Карта риска суицида» (модификация для подростков Л.Б.Шнейдер)

Методика «Карта риска суицида» (модификация для подростков Л.Б. Шнейдер)

Цель: определить степень выраженности факторов риска суицида у подростков

Для определения степени выраженности факторов риска у подростков высчитывается алгебраическая сумма и полученный результат соотносится с приведенной ниже шкалой:

- менее 9 баллов — риск суицида незначителен;
- 9–15,5 баллов — риск суицида присутствует;
- более 15,5 балла — риск суицида значителен.

Выявив с помощью «карты риска» предрасположенность к попыткам самоубийства, нужно постоянно держать подростка в поле зрения и чутко реагировать на малейшие отклонения в его настроении и поведении. Если итоговая сумма баллов превышает критическое значение или поведенческие особенности (знаки беды) начинают усиленно проявляться, то рекомендуется обратиться к психологу или врачу-психиатру за квалифицированной помощью

Методика «Карта риска суицида»

| Фактор риска | Не выявлен | Слабо выражен | Сильно выражен |
|---|------------|---------------|----------------|
| <i>I. Биографические данные</i> | | | |
| 1. Ранее имела место попытка суицида | -0,5 | +2 | +3 |
| 2. Суицидальные попытки у родственников | -0,5 | +1 | +2 |
| 3. Развод или смерть одного из родителей | -0,5 | +1 | +2 |
| 4. Недостаток тепла в семье | -0,5 | +1 | +2 |
| 5. Полная или частичная безнадзорность | -0,5 | +0,5 | +1 |
| <i>II. Актуальная конфликтная ситуация</i> | | | |
| <i>А — вид конфликта:</i> | | | |
| 1. Конфликт с взрослым человеком (педагогом, родителем) | -0,5 | +0,5 | +1 |
| 2. Конфликт со сверстниками, отвержение группой | -0,5 | +0,5 | +1 |
| 3. Продолжительный конфликт с близкими людьми, друзьями | -0,5 | +0,5 | +1 |
| 4. Внутриличностный конфликт, высокая внутренняя напряженность | -0,5 | +0,5 | +1 |
| <i>Б — поведение в конфликтной ситуации:</i> | | | |
| 5. Высказывания с угрозой суицида | -0,5 | +2 | +3 |
| <i>В — характер конфликтной ситуации:</i> | | | |
| 6. Подобные конфликты имели место ранее | -0,5 | +0,5 | +1 |
| 7. Конфликт отягощен неприятностями в других сферах жизни (учеба, здоровье, отвергнутая любовь) | -0,5 | +0,5 | +1 |
| 8. Непредсказуемый исход конфликтной ситуации, ожидание его последствий | -0,5 | +0,5 | +1 |

| <i>Г — эмоциональная окраска конфликтной ситуации:</i> | | | |
|---|------|------|------|
| 9. Чувство обиды, жалости к себе | -0,5 | +1 | +2 |
| 10. Чувство усталости, бессилия, апатия | -0,5 | +1 | +2 |
| 11. Чувство непреодолимости конфликтной ситуации, безысходности | -0,5 | +0,5 | +2 |
| III. Характеристика личности | | | |
| <i>А — волевая сфера личности:</i> | | | |
| 1. Самостоятельность, отсутствие зависимости в принятии решений | -1 | +0,5 | +1 |
| 2. Решительность | -0,5 | +0,5 | +1 |
| 3. Настойчивость | -0,5 | +0,5 | +1 |
| 4. Сильно выраженное желание достичь своей цели | -1 | +0,5 | +1 |
| <i>Б — эмоциональная сфера личности:</i> | | | |
| 5. Болезненное самолюбие, ранимость | -0,5 | +0,5 | +2 |
| 6. Доверчивость | -0,5 | +0,5 | +1 |
| 7. Эмоциональная вязкость («застревание» на своих переживаниях, неумение отвлечься) | -0,5 | +1 | +2 |
| 8. Эмоциональная неустойчивость | -0,5 | +2 | +3 |
| 9. Импульсивность | -0,5 | +0,5 | +2 |
| 10. Эмоциональная зависимость, потребность в близких эмоциональных контактах | -0,5 | +0,5 | +2 |
| 11. Низкая способность к созданию защитных механизмов | -0,5 | +0,5 | +1,5 |
| 12. Бескомпромиссность | -0,5 | +0,5 | +1,5 |

Предшествующая попытка суицида. Как показывают исследования, совершенная ранее попытка самоубийства является мощным предиктором последующего ее завершения и доказательством намерений человека.

Большинство из попыток скорее являются «криком о помощи» или стремлением отложить решение невыносимой ситуации, чем проявлением прямого желания умереть. Тем не менее, почти у трети парасуицидентов отмечаются признаки депрессии, обусловленной критической ситуацией; у половины из них отмечаются расстройства невротического уровня. Некоторые превращают попытки в характерный стиль поведения, импульсивно возникающий в ответ на любую, даже незначительную, психотравматическую ситуацию. Разрешение кризиса у большинства приводит к снижению эмоциональных нарушений, враждебности и изоляции, повышению самооценки и улучшению отношений с окружением. Семьи парасуицидентов характеризуются так называемым «атомическим синдромом»: деструктивностью и хроническими конфликтами. Таким образом, эти люди отличаются множественностью проблем. В случае оказания помощи они часто сопротивляются или протестуют, далеко не всегда оставляют мысли о самоубийстве. Среди коррекционных подходов тут предпочтительнее когнитивно-бихевиоральный.

Суицидальная угроза. Давний миф о том, что «говорящие о самоубийстве никогда не совершают его», как доказала практика, является не только ложным, но и опасным. Напротив, многие кончающие с собой люди говорят об этом, раскрывая свои будущие намерения. Вначале угроза является бессознательным или полусознанным призывом о помощи и

вмешательстве. Если не находится никого, действительно стремящегося помочь, то позднее человек может наметить время и выбрать способ самоубийства.

Иногда индикаторы суицида могут быть невербальными. Приготовление к самоубийству зависит от особенностей личности подростка и внешних обстоятельств. Оно состоит в «приведении дел в порядок». Подросток принимается сентиментально раздаривать ценные личные вещи или расстается с предметами увлечений. Завершающие приготовления могут делаться достаточно быстро, после чего мгновенно следует суицид.

Оценка реакций на стресс в прошлом. Особенности реакций суицидента на предшествовавшие стрессовые ситуации можно выяснить, изучая его личную историю. Особое внимание обращается на такие сложные моменты, как начало обучения в школе, подростковый возраст, разочарования в любви или учебе, семейные конфликты, смерть родственников, друзей или домашних животных, развод родителей и другие душевные раны и утраты. Предполагается, что суицидент склонен преодолевать будущие трудности теми же путями, что и в прошлом. При оценке этих особенностей поведения особый интерес вызывают прошлые попытки суицида, их причина, цели и степень тяжести. Кроме того, терапевту нужно узнать, кто или что является поддержкой для суицидента в трудные для него времена. Далее следует выяснить, был ли суицидент в прошлом подвержен депрессии и имеется ли у него склонность к утрате надежды при столкновении с трудностями, иными словами, склонен ли он к проявлению отчаяния. Самоубийство и серьезные попытки суицида в гораздо большей степени коррелируют с отчаянием, чем с депрессией.

Жизненные ситуации, толкающие некоторых людей к самоубийству, как правило, не содержат в себе ничего необычного. Суициденты склонны преувеличивать размах и глубину проблем, в результате чего даже самые заурядные, ничтожные трудности воспринимаются ими как неразрешимые проблемы. Кроме того, подростки крайне не уверены в собственных силах и считают себя неспособными справиться с трудностями, склонны проецировать результирующую картину собственного поражения в будущее. Иначе говоря, демонстрируют все признаки когнитивной триады: преувеличенно негативное восприятие мира, собственной персоны и своего будущего.

Другая отличительная особенность суицидента заключается в том, что смерть для него является приемлемым и даже желанным способом избавления от трудностей («Если бы я умер, я бы не мучился сейчас этими проблемами»).

Оценка уязвимости к угрожающим жизни аффектам. По мнению Шнейдмана, третьей чертой самоубийства, его главным стимулом, является невыносимая психическая (душевная) боль.

Первым видом потенциально летальной боли является полное одиночество, субъективный эквивалент тотального эмоционального отвержения. Оно отличается от одиночества, воспринимаемого человеком как временное, смягченное воспоминаниями о любви и близости, при котором остается надежда на близость в будущем. В экстремальном одиночестве надежда отсутствует. Суицидент, охваченный им, чувствует, что любви не было никогда и никогда не будет, и он умирает. Появляется страх полного разрушения, тревога, переходящая в панику и ужас. Человек готов на все, чтобы избавиться от этого чувства.

Второй вид психической боли – презрение к себе. У суицидента, близкого к самоубийству, оно отличается от обычного гнева на себя не только количественно, но и качественно. Его субъективное переживание не просто вызывает дискомфорт; это чувство жжет, как огонь.

Неспособность к переживанию собственной значимости отличается от ненависти к себе, хотя между этими чувствами есть сходство. Человек чувствует себя никчемным, ненужным и недостойным любви. Тем, кто несмотря ни на что, чувствует свою значимость, вынести жгучие муки совести гораздо легче. Человеку, переживающему никчемность, несомненно, сложнее устоять под натиском внутреннего нападения, поскольку он считает себя недостойным спасения.

Смертоносная ярость является третьим видом опасной психической боли. Суициденты справляются с обычным гневом, но при его перерастании в смертельную ненависть возникает опасность, что они направят ее против себя. Часто это случается, поскольку совесть отказывается терпеть подобное чувство и выносит человеку, испытывающему его, смертельный приговор, иногда – ради защиты жизни других людей. Такой человек чувствует ослабление своего контроля, он совершает суицид в страхе, что не удержится от убийства.

Оценка внутренних и внешних ресурсов поддержки (средств решения проблем). Ресурсы суицидента–подростка – это те «сильные стороны» человека, которые служат основой его жизнестойкости и увеличивают вероятность преодолеть кризис с позитивным балансом.

К внутренним ресурсам относятся: инстинкт самосохранения, интеллект, социальный опыт, коммуникативный потенциал, позитивный опыт решения проблем.

Существует также три класса внешних ресурсов, помогающих суициденту в поддержке внутреннего баланса: значимые другие, работа и специфические аспекты Я. Чаще всего суициденты полагаются на других людей, чтобы чувствовать свою реальность, отдельность, испытывать относительное спокойствие и достаточную ценность. Утрата или угроза потери поддерживающего другого может вызвать взрыв одиночества, смертоносной ярости и презрения к себе.

Иногда в обеспечении внутреннего равновесия суициденты не зависят от других людей. В этом случае источником их стабильности является работа.

Третьим классом ресурсов поддержки являются ценные для человека аспекты его Я. Чаще всего ими являются какой-то аспект тела или функция организма – суицидент не воспринимает их как прочно связанными с другой, обесцененной частью своего Я.

Важно не только выяснить, какой конкретный ресурс поддержки отказал или угрожает подвести подростка, но и расспросить о наличии значимого человека, который игнорировал суицидальные высказывания подростка. После самоубийства суицидента весьма часто обнаруживают, что кто-то из родственников игнорировал суицидальные угрозы или как-то иначе своим бездействием способствовал наступлению его смерти.

В формулировке риска самоубийства можно выделить следующие основные моменты: определение, кто или что необходимо суициденту для продолжения жизни и является ли этот ресурс доступным, временно недоступным, безнадежно утраченным или имеется угроза его существованию. От отчаяния суицидента спасает доступность внешних ресурсов. Однако не менее важным является вопрос, способен ли он оценить эти ресурсы, схватиться за них и использовать, чтобы остаться в живых.

Оценка фантазий о смерти. Следующим компонентом для определения риска самоубийства является оценка эмоциональной значимости фантазий о смерти. Предполагается, что когда суицидент говорит, что хочет «положить всему конец», он в действительности больше стремится к состоянию, похожему на глубокий сон. Сон вовсе не является смертью, но на протяжении тысячелетий люди имели склонность к отождествлению этих состояний. На бессознательном уровне бегство в смерть часто равнозначно эмиграции в другую страну, где все будет лучше.

Следует выявить, изучить и оценить значение фантазий о путешествии и присоединении к кому-нибудь в загробной жизни. В случае их бредового характера или силы, свойственной бреду, существует опасность совершения самоубийства.

Оценка способности суицидента к проверке своих суждений реальностью. Оценка способности к адекватной проверке своих суждений реальностью завершает оценку суицидальной опасности.

Подростки в глубокой депрессии иногда не способны оценить степень любви и заботы окружающих, а также своей ценности. В этих случаях следует не только выяснить доступность внешних ресурсов, но и способность понимания, что они существуют и ими можно воспользоваться.

У суицидентов, страдающих паранойей, также может наблюдаться серьезное нарушение проверки реальностью. Они убеждены, что любящие их люди на самом деле являются опасными предателями, желающими причинить им зло. В подобных случаях невозможно оценить реальную доступность помощи окружающих.

Обобщая все сказанное выше, направлениями в работе с суицидальным клиентом являются:

- проблемная ситуация;
- негативный когнитивный стиль (выученная беспомощность, негативная триада);
- установки, разрешающие суицидальные попытки;
- саморазрушающее поведение (злоупотребление алкоголем, психоактивными веществами, самоизоляция, пассивность).

В зависимости от преобладания того или иного компонента психологического смысла суицида важное значение в психотерапии имеют:

- изменение системы ценностей суицидента;
- усиление роли антисуицидальных факторов с акцентом на ценности жизни как таковой;
- самоактуализации Я;
- выработка адекватных способов снятия напряжения в психотравмирующей ситуации;
- уменьшение эмоциональной зависимости и ригидности;
- формирование системы компенсаторных механизмов, направленных, в частности, на появление внутренней возможности отступления в субъективно непреодолимой ситуации.

Во всех случаях необходимо усиливать рациональные стороны личности и подробно анализировать совместно с суицидентом глубинные механизмы его поступка. Немаловажная роль принадлежит также формированию адекватного отношения к смерти, изменению инфантильного подхода к данной проблеме.

Консультирование подростков, совершивших попытку суицида

С учетом возникновения осложняющих реакций принципы консультирования суицидального подростка должны быть следующими:

1. Не впадать в панику.
2. Быть вежливым и открытым, принять ребенка-подростка как личность.
3. Стимулировать беседу, не упуская никакую значимую информацию.
4. Тактично искать ситуации, в которых подросток любим или нужен.
5. Вести беседу так, как если бы консультант обладал неограниченным запасом времени.
6. Возрождать надежду и искать альтернативы суицида, возможности выхода.
7. Не проявлять отрицательных эмоций.
8. Позволить подростку проявлять к себе жалость.
9. Суицидальное поведение следует рассматривать как просьбу о деятельной помощи.
10. Блокировать суицидальные действия, используя интервенцию
11. Быть уверенным, что предприняты все необходимые действия.
12. Обсудить беседу и свое состояние с супервизором.

Взрослому в работе с подростком, совершившим попытку суицида, необходимо:

- 1) быть принимающим и заботливым;
- 2) давать возможность неоднократно возвращаться к обсуждению печальных событий;
- 3) подчеркивать, что переживания являются естественными;
- 4) информировать о системах поддержки личности, например о группах самопомощи.

Не следует:

- 1) Не следует принимать просьбы, которые вы не можете выполнить;
- 2) рационализировать события;
- 3) давать неисполнимые обещания;
- 4) делать замечания типа: «Не стоит говорить об этом», «Это и без того давит на тебя».

Поддержка для консультанта

Необходимо помнить, что те, кто решил оказать посильную поддержку (в том числе телефонные консультанты или другие помощники), во время работы могут испытывать эмоциональные реакции, осложняющие ситуацию:

а) паника («Я не в силах чем-либо помочь»), которую следует преодолеть, поскольку подросток ищет, с кем бы поговорить и кому бы доверить свои проблемы; присутствуя и оказывая помощь, взрослый, возможно, устанавливает одну-единственную связь обратившегося с остальным миром;

б) страх («Что, если я даже помогу чем-то, а он все равно сделает это?»), свидетельствующий о нежелании вести разговор или испытывать неприятные эмоции; каждый человек, в том числе и подросток, ответствен за сделанный им выбор, но консультант имеет реальную возможность помочь;

в) фрустрация («Еще один длинный разговор, которого я не желал бы») из-за необходимости выполнять непосильную работу; опыт, однако, показывает, что помощь может быть оказана достаточно быстро; снизив интенсивность базисной суицидальной эмоции беспомощности – безнадежности, можно решить задачу первой помощи клиенту;

г) гнев («Неужели можно быть настолько слабеньким, чтобы решиться на такой поступок?»), который легко овладевает человеком, отражая беспомощность консультанта; осознание этой эмоции, несомненно, увеличивает степень свободы и позволяет эффективнее работать с клиентом;

д) обида («Его намерения не выглядят серьезными, наверное, он использует меня»), которая часто проявляется в отношении тех, чьи суицидальные угрозы не принимают всерьез, например, молодежи; кроме того, человеку свойственно преуменьшать важность и силу чувств других, поскольку в противном случае это потребует адекватного собственного ответа. Следует принять в качестве исходной посылки, что чаще всего суицидальные угрозы являются криком о помощи, а не манипуляцией;

е) внутренний конфликт («Если человек чего-то хочет, вряд ли кто-то вправе остановить его»), который возникает из-за того, что выбор приходится делать взрослому; однако по сути перед выбором стоит клиент; у консультанта выбора (оказывать или не оказывать помощь) нет;

ж) безвыходность («Эта ситуация безнадежна: как я могу заставить ее (его) захотеть жить?»), возникающая из-за обилия предъявленных клиентом проблем или сложных ситуаций, в которых консультанту нельзя потеряться – необходимо, выбрав главную, постараться изменить отношение клиента к ней;

з) отречение («В такой ситуации я вел бы себя так же»), свидетельствующее о наличии у консультанта скрытых суицидальных тенденций; оно не отражает реальные факты, с которыми обратился клиент, а вытекает из скрытых намерений консультанта, нуждающихся в осознании в ходе супервизии.

Кризисными службами также разработаны стратегии, направленные на преодоление беспокойства или негативных чувств, связанных со звонками суицидентов. В них входит:

– групповая поддержка (например, команды единомышленников и пр.). Ответственность группы: оказать своим членам поддержку в трудное время.

– совместная работа над конкретными случаями. Необходимо подчеркивать, что было сделано правильно, и рассмотреть альтернативные стратегии, которые в следующий раз могут оказаться более успешными. Такой обзор должен проходить в атмосфере поддержки и обучения (полезно прослушивать записи телефонных звонков с угрозой суицида).

– знание всех сотрудников о стрессе, переживаемом консультантом, принявшим суицидальный звонок. Снизить этот стресс позволяет непродолжительный перерыв, например, пока консультант оформляет звонок, а возможно, и освобождение от работы на короткое время.

Руководитель известной в США клиники W. Menninger (1991) предлагает советы специалистам, работающим с потенциальными самоубийцами, и тем, кто страдает из-за самоубийства пациента.

Мировоззренческие установки:

- специалист не может нести ответственность за то, что говорит и делает пациент вне стен терапевтического кабинета;
- самоубийство иногда происходит вопреки заботливому отношению;
- нельзя предотвратить самоубийство, если пациент действительно принял такое решение.

Тактика при консультировании пациентов с суицидальными намерениями:

- необходима бдительность и готовность к неудаче;
- в рискованных случаях обязательно консультируйтесь с коллегами;
- необходимо обсудить с коллегами самоубийство пациента как возможный вариант его выхода из кризиса. Следует помнить, что роль консультанта состоит в том, чтобы предостеречь пациента от самоубийства и помочь ему найти другие способы разрешения проблем.

Как реагировать на самоубийство пациента:

- исходите из того, что самоубийство всем причиняет боль;
- вы обретае важный опыт;
- не удивляйтесь своему подавленному настроению, чувствам вины и злобы.

Преодоление последствий самоубийства.

- скорбь – естественная реакция, и все переживают тут нечто похожее;
- говорите об этом и переживайте, но без излишнего самообвинения,
- позвольте себе выговориться с коллегами, друзьями, в семье;
- помните о годовщине горестного происшествия, чтобы вас не застиг врасплох звонок семьи погибшего.

Профилактика суицидального поведения детей и подростков

Большое значение в теории и практике современной суицидологии придается проблеме психологической профилактики суицидальных проявлений. В.Т. Кондратенко, рассматривая проблему профилактики суицидального поведения, отмечает в ее структуре два основных этапа: первичную и вторичную профилактику.

1. Первичная профилактика суицидального поведения.

- a. совершенствование социальной жизни людей;
- b. устранение социальных факторов, способствующих формированию и проявлению суицидального поведения;
- c. воспитание социально позитивно ориентированной личности.

2. Вторичная профилактика суицидального поведения.

- a. определение факторов риска и выделение групп «профилактического учета» по различным формам девиантного поведения;
- b. раннее и активное выявление лиц с нервно-психическими нарушениями;
- c. медицинская коррекция выявленных заболеваний и психических нарушений.

По мнению большинства современных суицидологов, комплексная программа профилактики суицидального поведения должна быть направлена на решение следующих основных задач:

1. своевременное распознавание и ликвидация состояний, несущих потенциальную угрозу самоубийства;
2. раннее выявление суицидальных тенденций среди определенного контингента населения;
3. решение диагностических вопросов и применение необходимых профилактических мер;
4. лечение постсуицидальных состояний, социально-трудова реадaptация;

5. регистрация и учет самоубийств и покушений;
6. проведение широкой психогигиенической работы среди населения.

Направления деятельности такой программы могли бы выглядеть следующим образом:

1. проведение риадаптационной программы по отношению к людям, совершившим суицидальные попытки;
2. предотвращение первичных суицидальных попыток;
3. пропаганда психогигиенических и правовых знаний среди населения.

Кроме того, предупреждение суицидального поведения должно решаться путем создания системы, объединяющей меры психологического, медицинского, социального, правового и педагогического характера. Распределение функций различных специалистов возможно следующим образом.

Задачи врача-суицидолога:

I. Диагностическая:

1. наличие или отсутствие патологии;
2. определение суицидального риска:
 - a. групповые факторы риска:
 - социально-демографические (пол, возраст, социальный статус);
 - медицинские (наличие патологии).
 - b. личностно-ситуационные факторы:
 - конфликт;
 - ситуационные мотивы.
 - c. индивидуально-личностные факторы:
 - предрасположенные;
 - ближайшие (суицидоопасные позиции и психические состояния);
 - непосредственные (глубина и активность суицидальных тенденций).

II. Тактика ведения пациентов:

1. купирование суицидоопасных состояний;
2. терапевтическая и социально-трудовая реабилитация;
3. нейтрализация неблагоприятных средовых воздействий.

III. Терапия лиц, совершивших покушение на самоубийство.

IV. Активное выявление суицидоопасных контингентов путем диспансеризации.

Направления работы психолога в суицидологической службе

- I. Проведение экспериментально-психологических исследований.
- II. Организация и проведение психотерапевтических курсов.
- III. Психогигиеническая работа.
- IV. Психологическая экспертиза по делам, связанным с самоубийствами.

Задачи социального педагога и социального работника – изучение социальных условий, в которых формируется суицидальное поведение, и разработка на основе полученных знаний эффективных психопрофилактических мероприятий.

Задачи органов внутренних дел – консультирование по правовым вопросам, пропаганда правовых знаний.

Задачами общей профилактики суицида среди подростков являются: повышение групповой сплоченности детских и педагогического коллективов, оптимизация психологического климата. Задачи могут быть реализованы в следующих мероприятиях: диагностика ученических и педагогического коллективов с целью уточнения особенностей социально-психологического климата; тренинги сплочения и коммуникативной компетентности в детских коллективах; групповые занятия по профилактике эмоционального выгорания для педагогов; а также другие мероприятия для оптимизации психологического климата (акции, большие психологические игры, конкурсы и пр.). На этапе общей профилактики мероприятия, посвященные теме самоубийств, не проводятся. Все проводимые

на этом этапе мероприятия направлены на содействие адаптации ребенка и взрослого в учреждении образования. Адаптация – это состояние динамического соответствия, равновесия между живой системой (человеком) и внешней средой. В норме все субъекты учебно-воспитательного процесса должны адаптироваться к условиям образовательного учреждения, причем на трех уровнях: физическом, психическом и социальном. В целях эффективной физической адаптации учреждение образования соблюдает режим учебного процесса с учетом возрастных особенностей, рассадку детей в классе с учетом рекомендаций врача, организует питание в школе и др. Психологической адаптации будет содействовать наличие благоприятного психологического климата в учреждении образования, психологическое здоровье педагогов и других субъектов образовательного процесса, учет индивидуальных особенностей учеников и педагогов в процессе организации деятельности, возможностей личностной реализации и др. Для эффективной социальной адаптации важным является наличие сплоченного педагогического и классного коллектива, общие для всего учреждения образования правила и нормы, традиции, ценности и др. Мероприятия в рамках общей профилактики будут работать на поддержку адаптации, автоматически формируя (усиливая уже имеющиеся) антисуицидальные барьеры. Для учащихся можно предложить следующее: классные часы «Жизнь прекрасна» (цикл занятий, посвященных жизненным ценностям); акции и флэш-мобы («Мы голосуем за жизнь!», «Улыбка», «Жизнь замечательных людей», «День без конфликтов» и др.). В рамках акций можно провести конкурс фотографий (темы жизненных ценностей), диспуты для старшеклассников («От противостояния к пониманию!»), совместные уроки с учителями истории, русского языка и литературы (например, по произведениям поэтов Серебряного века, В. Шекспира «Ромео и Джульетта» или А.Н. Островского «Гроза»). Эффективным будет обучение медиаторов (волонтеров) из числа подростков оказанию кризисной помощи (антикризисные, информационные бригады). Что касается специфической диагностики, выявляющей суицидальный риск, то на этом этапе специально она не проводится. Для первичного выявления достаточно наблюдения и анализа (с опорой на маркеры суицидального риска) уже имеющегося диагностического материала.

Задачи педагога на этапе общей профилактики

1. Изучение особенностей социального статуса и адаптации учащихся с целью своевременной профилактики и эффективного решения возникших трудностей.
2. Участие в создании системы психолого-педагогической поддержки учащихся разных возрастных групп (система волонтеров, медиаторов по разрешению конфликтов, педагогическая поддержка, психологическое консультирование и др.).
3. Участие в разработке и проведении общешкольных и классных мероприятий, целью которых будет содействие формированию позитивного образа Я, уникальной и неповторимой личности, коммуникативной компетентности, ценностного отношения к жизни и др.

Первичная профилактика осуществляется в отношении детей и подростков группы риска, имеющих в наличии три и более факторов суицидального риска. Мы не можем говорить о том, что эти дети обязательно будут реализовывать суицидальные намерения. Но, учитывая наличие комплекса суицидальных факторов, необходимо в отношении этой группы осуществлять профилактические меры. В первую очередь необходимо провести комплекс мероприятий, содействующих повышению компетентности педагогов и родителей в области распознавания маркеров (индикаторов) суицидального риска, а также оказать поддержку детям и подросткам, оказавшимся в трудной жизненной ситуации. В рамках повышения компетентности педагогов и родителей можно разработать для них памятки, в которых будет содержаться информация, как распознать острое кризисное состояние у ребенка и что делать, если ребенок высказывает суицидальные намерения. Для этой же аудитории целесообразно пригласить медицинских работников с лекцией по проблематике депрессии и суицидального риска. По вопросам проблемных взаимоотношений с ребенком для родителей и педагогов должна быть организована консультативная психологическая помощь.

Для группы риска уже необходимо проведение более подробного диагностического

обследования, что является частью психолого-педагогического сопровождения.

- Для диагностики возможно использовать следующие методики: Патохарактерологический опросник (Личко);
- Тест фрустрационной толерантности (Розенцвейга);
- Опросник суицидального риска (ОСР);
- Опросник социально-психологической адаптации (Роджерса–Даймонда);
- Шкала самооценки уровня тревожности (Спилбергера–Ханина);
- Опросник агрессивности (Баса–Дарки).

Для подростков с выраженным комплексом суицидальных факторов дополнительно можно предложить проективный тест Сильвера «Нарисуй историю», метод незаконченных предложений (Подмазина С.И.), которые покажут область эмоционального напряжения и актуальность намерения.

Работа с семьей подростка, попавшего в трудную жизненную ситуацию или испытывающего кризисное состояние, должна носить комплексный характер. Как правило, если в семье есть реабилитационные ресурсы, заинтересованность в помощи, отсутствует фактор алкоголизации, классный руководитель, педагог-психолог может справиться сам. Если на практике вы столкнулись с неблагополучной, алкоголизированной семьей или семьей, в которой один из родителей имеет психиатрический диагноз, педагог и педагог-психолог не справится самостоятельно. Необходимо разделить ответственность (на консилиуме) со специалистами (медицинскими, социальными работниками и др.).

Задачи педагога, педагога-психолога на этапе первичной профилактики:

1. На основании анализа наблюдений, текущей диагностики, жалоб учителей, запросов родителей выделить подростков группы риска, в том числе имеющих комплекс суицидальных факторов (почти у всех подростков группы риска или находящихся в социально опасном положении он есть).

2. Провести дополнительную диагностику, позволяющую оценить патохарактерологические особенности, уровень тревожности и агрессивности, степень дезадаптации, степень риска по суициду.

3. Провести анализ диагностических данных с выходом на рекомендации.

4. Участвовать в работе ПМПк (консилиума).

5. Участвовать в разработке и реализации индивидуальных программ сопровождения.

Включить подростков группы риска в индивидуальные и групповые занятия, целью которых будет отреагирование эмоционального напряжения, реабилитация коммуникативной компетентности, реабилитация образа Я, развитие фрустрационной толерантности, ранняя профилизация и др., то есть осуществить то, что обычно делает педагог-психолог в рамках коррекционного направления психолого-педагогического сопровождения.

6. Реализовать свою часть ответственности при работе с семьей подростка.

7. Разработать памятки для родителей и педагогов (например, «Как распознать острое кризисное состояние у ребенка и что с этим делать»).

8. Организовать встречи педагогов и родителей с другими специалистами.

Вторичная профилактика осуществляется с группой учащихся, находящихся в трудной жизненной ситуации и высказывающих суицидальные намерения, т.е. кто прямо или косвенно (через записки, дневниковые записи, словесные ключи) говорит о желании самоубийства.

Основная задача на этом этапе профилактики – предотвращение суицида.

В первую очередь перед педагогом, педагогом-психологом стоит задача оценки риска самоубийства. Существует три степени риска: незначительный (наличие суицидальных мыслей без определенных планов), средней степени (наличие суицидальных мыслей, наличие плана без сроков реализации), высокий (есть мысли, разработан план, есть сроки реализации и средства для этого). Оценить степень риска педагог-психолог может, используя следующие диагностические методы:

- Опросник суицидального риска (ОСР),
- Карта риска суицидальности,
- Шкала оценки риска суицида (Патерсона),
- Шкала безнадежности (Бека).

В рамках каждой из степеней риска существуют переделенные стратегии и действия. Первоочередные (начальные) задачи педагога и педагога-психолога при незначительном риске:

1. Предложить подростку эмоциональную поддержку.
2. Проработать суицидальные чувства.
3. Сфокусировать внимание на сильных сторонах подростка.
4. Направить к психотерапевту (психиатру).
5. Постараться встретиться через определенное время и наладить постоянный контакт.

Задачи педагога и педагога-психолога при наличии риска средней степени:

1. Предложить подростку эмоциональную поддержку.
2. Проработать суицидальные чувства.
3. Укрепить желание жить (через амбивалентные чувства).
4. Обсудить альтернативы самоубийства.
5. Заключить контракт.
6. Направить к психотерапевту (психиатру) как можно скорее.
7. Взаимодействие с семьей, друзьями ученика.

Задачи педагога, педагога-психолога при наличии высокого риска суицида:

1. Постоянно оставаться с подростком, не оставляя его ни на минуту.
2. При необходимости удалить орудия самоубийства.
3. Заключить контракт.
4. Немедленно связаться с психиатром или опытным врачом, вызвать «скорую помощь» и организовать госпитализацию.
5. Информировать семью.

Для педагогов организовать индивидуальные и групповые консультации, целью которых будет разработка стратегии взаимодействия с группой риска на период преодоления кризисной ситуации.

Для родителей проводить индивидуальные консультации. В случае необходимости оказания психотерапевтической помощи семье у психолога должна быть информация, которую он сможет предоставить родителям (телефон, адрес, условия оказания помощи). Педагоги и школьный персонал, которые могут быть включены в суицидальный случай, нуждаются в выражении своих чувств, переживаний.

Может так произойти, что все предпринятые действия и шаги не изменят намерения суицидально настроенного подростка и он попытается совершить или совершит задуманное. В этом случае перед специалистами встанет дополнительная задача сопровождения одноклассников, сверстников, педагогов и родных несостоявшегося (или состоявшегося) самоубийцы.

Третичная профилактика предполагает мероприятия, снижающие последствия и уменьшающие вероятность парасуицида, социальную и психологическую реабилитацию суицидента и его социального окружения. В первую очередь адресатом этого профилактического уровня становятся дети или подростки, совершившие попытку суицида. Важно серьезно относиться к подобным действиям, так как при условии сохранения источника боли (фрустрации, конфликта и т.п.) подросток может предпринять вторую попытку «бегства» от проблемы.

Наиболее опасным периодом считаются 1–3-я недели после первой попытки. По мнению Д.С. Исаева и К.В. Шерстнева, существуют три главных компонента ближайшего постсуицида:

- актуальность конфликта,

- степень фиксированности суицидальных тенденций,
- отношение к совершенной попытке.

Задача специалистов получить информацию по каждому из компонентов, чтобы предвидеть дальнейшее развитие событий.

Выделяют четыре типа постсуицидальных состояний.

1. Критичный. Конфликт утратил актуальность. Суицидальных тенденций нет. Характерно чувство стыда за суицидальную попытку, страх перед возможным смертельным исходом. Рецидив маловероятен.

2. Манипулятивный. Актуальность конфликта уменьшилась, но за счет влияния суицидального действия. Суицидальных тенденций постсуицида нет. Характерно легкое чувство стыда, страх смерти. Высока вероятность того, что и впредь при решении конфликтов суицидент будет прибегать к этому способу скорее демонстративно-шантажного характера.

3. Аналитический. Конфликт при рассматриваемом типе постсуицида актуален, однако суицидальных тенденций нет. Характерно раскаяние за покушение. Подросток будет искать способы решения конфликта, если не найдет — возможен рецидив, но уже с высокой вероятностью летального исхода.

4. Суицидально-фиксированный. Конфликт актуален, причем характерно сохранение суицидальных тенденций. Отношение к суициду положительное. Это самый опасный тип, при котором необходимы тесное взаимодействие с суицидентом и жесткий контроль.

Поэтому, кроме психолого-педагогического сопровождения суицидента и его окружения, необходимо возвращение к источнику проблемного поля и выработка стратегий разрешения кризисной ситуации. Взрослые должны четко понимать, что если бы проблемы решились раньше, то попытки суицида не было бы.

При организации третичных профилактических мероприятий в школе после совершения фатального суицида большое значение имеет помощь знакомым самоубийцы в преодолении боли и для предотвращения подражания и имитации. Социальное окружение подростка-суицидента, как правило, испытывает вину после случившегося, считая, что не услышали зов о помощи, не смогли предотвратить самоубийство. По мнению К. Лукаса и Г. Сейдена, обращение к несовершеннолетнему другу самоубийцы – это разговор со следующей жертвой суицида. Цель подобных диалогов – дать возможность юношам и девушкам (педагогам, включенным в ситуацию) поговорить об умершем, снять запрет на обсуждение причин самоубийства, предотвратить его последующую идеализацию и романтизацию. Если самоубийство официально признается причиной смерти учащегося, тогда в уведомлении о причине смерти в среде учащихся (особенно задающих вопросы) должно звучать слово «самоубийство», а не «несчастный случай» или «неизвестная причина смерти». Однако ни в коем случае не должно быть упоминания средств совершения самоубийства.

Что касается источников помощи специалистам в школе, при желании педагог-психолог может подготовить из педагогов и старшеклассников, увлекающихся психологией, антикризисную группу (группу медиаторов), которые будут обучены навыкам антикризисной поддержки и станут серьезным подспорьем в кризисной ситуации. На период переживания суицидального случая в школе может быть создан антикризисный штаб, куда войдут специалисты: врач, подготовленные медиаторы, активные педагоги и родители. Штаб работает по определенному его членами расписанию. На базе штаба проходят консилиумы по суицидальному случаю, где принимаются решения о сопровождении нуждающихся в этом групп, о привлечении специалистов извне и т.п. Кроме этого, на базе штаба может быть организован временный центр кризисной поддержки для всех нуждающихся, в котором дежурят по очереди специалисты СППС и подготовленные медиаторы.

Задачи психолога на этапе третичной профилактики:

1. Определение типа постсуицидального состояния у подростка.
2. На основании результата разработка шагов социально-психологического сопровождения (в том числе необходимость обращения к врачам).
3. Участие в работе консилиума по суицидальному случаю (в организации и работе

антикризисного штаба).

4. Индивидуальная коррекционная работа с подростком.

5. Организация групповой работы в классе и включение в нее подростка с целью восстановления навыков адаптации (это может быть коммуникативный тренинг или тренинг фрустрационной толерантности).

6. Организация консультаций для включенных в случай педагогов, родителей и детей (или консультирование в рамках антикризисного штаба).

7. Мониторинг состояния подростка (метод наблюдения, метод интервью, метод опроса).

В ситуации завершеного суицида специалистам ГБОУ целесообразно привлекать специалистов для оказания социально-психологической поддержки, так как они сами будут нуждаться в помощи и не смогут работать эффективно.

Профилактика суицида в образовательной среде

Основой предотвращения суицидов является профилактика. За любое суицидальное поведение ребенка в ответе взрослые. Ко всем намекам на суицид следует относиться со всей серьезностью. Крик о помощи нуждается в ответной реакции помогающего человека, обладающего возможностью вмешаться в кризис одиночества.

Депрессия является одной из причин, приводящих подростка к суицидальному поведению. Многие из черт, свидетельствующих о суицидальности, сходны с признаками депрессии. Поэтому профилактика депрессий у подростков является важной в профилактике суицидов. Родители играют важную роль в профилактике депрессий у подростков. Как только у подростка отмечается сниженное настроение, и другие признаки депрессивного состояния – необходимо сразу же принять меры для того, чтобы помочь ребенку выйти из этого состояния.

Во-первых, необходимо разговаривать с ребенком, задавать ему вопросы о его состоянии, вести позитивные беседы о будущем, строить планы. Нужно ребенку вселить уверенность, показать, что он способен добиваться поставленных целей. Не надо сравнивать его с другими ребятами – более успешными. Эти сравнения усугубят и без того низкую самооценку подростка. Можно сравнить только подростка - сегодняшнего с подростком - вчерашним и настроить на позитивный образ подростка - завтрашнего.

Во-вторых, заняться с ребенком новыми делами. Каждый день узнавать что-нибудь новое. Внести разнообразие в обыденную жизнь. Записаться в тренажерный зал, делать утреннюю гимнастику, посетить кинотеатр, выставки, сделать в доме генеральную уборку. Можно завести домашнее животное. Забота о незащищенном существе может мобилизовать ребенка и настроить его на позитивный лад.

В-третьих, подростку необходимо соблюдать режим дня. Необходимо проследить за тем, чтобы он хорошо выспался, нормально питался, достаточно времени находился на свежем воздухе. Занимался подвижными видами спорта. Депрессия – психофизиологическое состояние. Необходимо поддерживать в этот период физическое состояние подростка.

Госпитальная шкала тревоги и депрессии

Тест можно пройти, перейдя по ссылке <http://www.psyq.ru/test/test13.html>

Относится к субъективным шкалам и предназначена для скринингового выявления тревоги и депрессии. Разработана Zigmond A.S., Snaith R.P. в 1983 году. При формировании шкалы авторы исключали симптомы тревоги и депрессии, которые могут быть интерпретированы как проявления соматического заболевания (например, головокружения, головные боли и т.д.). Пункты депрессии отобраны из списка наиболее часто встречающихся жалоб и симптомов. Пункты тревоги отражают преимущественно психологические проявления тревоги.

Адаптация шкалы произведена Дробижевым М.Ю. в 1993 году.

Инструкция: Прочитайте внимательно каждое утверждение и выберите ответ, который в наибольшей степени соответствует тому, как Вы себя чувствовали НА ПРОШЛОЙ НЕДЕЛЕ. Не раздумывайте слишком долго над каждым утверждением. Ваша первая реакция всегда будет более верной. Отметьте номер Вашего ответа на «бланке ответов».

1. Я испытываю напряжённость, мне не по себе
 - 1) Всё время
 - 2) Время от времени, иногда
 - 3) Совсем не испытываю
2. То, что приносило мне большое удовольствие, и сейчас вызывает у меня такое же чувство
 - 1) Определённо, это так
 - 2) Наверное, это так
 - 3) Лишь в очень малой степени это так
 - 4) Это совсем не так
3. Я испытываю страх, кажется, будто что-то ужасное может вот-вот случиться
 - 1) Определённо, это так, и страх очень сильный
 - 2) Да, это так, но страх не очень сильный
 - 3) Иногда, но это меня не беспокоит
 - 4) Совсем не испытываю
4. Я способен рассмеяться и увидеть в том или ином событии смешное
 - 1) Определённо, это так
 - 2) Наверное, это так
 - 3) Лишь в очень малой степени это так
 - 4) Совсем не способен
5. Беспокойные мысли крутятся у меня в голове
 - 1) Постоянно
 - 2) Большую часть времени
 - 3) Время от времени, и не так часто
 - 4) Только иногда
6. Я испытываю бодрость
 - 1) Совсем не испытываю
 - 2) Очень редко
 - 3) Иногда
 - 4) Практически всё время
7. Я легко могу сесть и расслабиться
 - 1) Определённо, это так
 - 2) Наверное, это так
 - 3) Лишь изредка это так
 - 4) Совсем не могу
8. Мне кажется, что я стал всё делать очень медленно
 - 1) Практически всё время
 - 2) Часто
 - 3) Иногда
 - 4) Совсем нет
9. Я испытываю внутреннее напряжение или дрожь
 - 1) Совсем не испытываю
 - 2) Иногда
 - 3) Часто
 - 4) Очень часто
10. Я не слежу за своей внешностью
 - 1) Определённо, это так
 - 2) Я не уделяю этому столько времени, сколько нужно
 - 3) Может быть, я стал меньше уделять этому внимания

- 4) Я слежу за собой так же, как и раньше
11. Я испытываю неусидчивость, словно мне постоянно нужно двигаться
- 1) Определённо, это так
 - 2) Наверное, это так
 - 3) Лишь в некоторой степени это так
 - 4) Совсем не испытываю
12. Я считаю, что мои дела (занятия, увлечения) могут принести мне чувство удовлетворения
- 1) Точно так же, как и обычно
 - 2) Да, но не в той степени, как раньше
 - 3) Значительно меньше, чем обычно
 - 4) Совсем не считаю
13. У меня бывает внезапное чувство паники
- 1) Действительно, очень часто
 - 2) Довольно часто
 - 3) Не так уж часто
 - 4) Совсем не бывает
14. Я могу получить удовольствие от хорошей книги, радио- или телепрограммы
- 1) Часто
 - 2) Иногда
 - 3) Редко
 - 4) Очень редко

Результат

Суммируются все обведенные учеником номера ответов по шкале «Тревога» (вопросы 1,3, 5, 7, 9, 11, 13) и шкале «Депрессия» (вопросы 2, 4, 6, 8, 10, 12, 14).

Интерпретация

Учитывается суммарный показатель по каждой подшкале, при этом выделяют 3 области его значений:

- 0-7 баллов – норма, отсутствие достоверно выраженных симптомов тревоги/депрессии;
- 8-10 баллов – субклинически выраженная тревога/депрессия;
- 11 баллов и выше – клинически выраженная тревога/ депрессия.

Оптимизация межличностных отношений в школе

Причинами суицидов среди подростков являются также и нарушения межличностных отношений в школе, поэтому необходимо принять меры по формированию классных коллективов, нормализации стиля общения педагогов с учащимися, оптимизации учебной деятельности, вовлечение учащихся в социально-значимые виды деятельности, организации школьного самоуправления. Необходимо формирование установок у учащихся на самореализацию в социально-одобряемых сферах жизнедеятельности (культуре, спорте, искусстве, науке и др.)

Взаимоотношения с учащимися должны строиться на основе уважения, убеждения, спокойном, доброжелательном тоне общения.

Для предотвращения суицидов у детей учителя могут сделать следующее:

- вселять у детей уверенность в свои силы и возможности;
- внушать им оптимизм и надежду;
- проявлять сочувствие и понимание;
- осуществлять контроль за поведением учащихся, анализировать их отношения со сверстниками;
- информировать учащихся о получении анонимной экстренной помощи по городскому «телефону доверия»;

- проводить классные часы на формирование положительных ценностных жизненных установок на темы: “Жизнь прекрасна”, “Мы голосуем за жизнь”, “Улыбка”, “Жизнь замечательных людей”, “Давайте говорить друг другу комплименты” и т.п.

Незнание ситуации, в которой находится ребенок, отсутствие контроля за посещаемостью и успеваемостью ученика – все это не позволяет вовремя оказать учащемуся необходимую помощь, организовать соответствующую работу, направленную на повышение групповой сплоченности и улучшение психологического климата в классном коллективе.

При разработке мер профилактики суицидов у детей и подростков нужно иметь в виду:

1. Граница между истинным и демонстративно-шантажным суицидальным поведением в детском и подростковом возрасте условна. Целесообразно все суицидальные мысли, тенденции, попытки ребенка рассматривать как реальную угрозу его жизни и здоровью.

2. Чем меньше возраст больного, тем острее протекают депрессивные состояния с высокой суицидальной опасностью.

3. Депрессия сама по себе не содержит суицидальных тенденций. Они появляются под действием конфликтных ситуаций, если не приняты адекватные меры профилактики, диагностики и лечения.

4. Психологические переживания часто переоцениваются подростками и недооцениваются взрослыми.

5. В структуре депрессивного состояния есть симптомы, наличие которых должно насторожить психолога.

6. При депрессивных состояниях у детей и подростков всегда высок риск повторений, что требует индивидуальной профилактической работы.

7. Как правило, суицидальные угрозы и намерения реализуются депрессивными детьми и подростками в истинные покушения на самоубийства.

При проведении беседы с подростком, размышляющим о суициде, педагогам рекомендуется:

- внимательно слушать собеседника, т.к. подростки часто страдают от одиночества и невозможности обозначить словами и высказать эмоции;
- правильно формулировать вопросы, спокойно и доходчиво расспрашивая о сути тревожащей ситуации и о том, какая помощь необходима;
- не выражать удивления услышанным и не осуждать ребенка за любые, даже самые шокирующие высказывания;
- не спорить и не настаивать на том, что его беда ничтожна, что ему живется лучше других; высказывания "у всех есть такие же проблемы" заставляют ребенка ощущать себя еще более ненужным и бесполезным;
- постараться развеять романтически-трагедийный ореол представлений подростка о собственной смерти;
- не предлагать неоправданных утешений, но подчеркнуть временный характер проблемы;
- стремиться вселить в подростка надежду; она должна быть реалистичной и направленной на укрепление его сил и возможностей.

Методика проведения профилактической беседы

Главным в преодолении кризисного состояния человека является индивидуальная профилактическая беседа с суицидентом. Следует принять во внимание следующее:

- в беседе с любым человеком, особенно с тем, кто готов пойти на самоубийство, важно уделить достаточно внимания активному выслушиванию;
- активный слушатель — это человек, который слушает собеседника со всем вниманием, не осуждая его, что дает возможность его партнеру выговориться без боязни быть прерванным;
- активный слушатель в полной мере понимает чувства, которые испытывает его собеседник, и помогает ему сохранить веру в себя;

- активный слушатель будет способствовать тому, чтобы собеседник был уверен в том, что его высказывания о желании умереть услышаны и поняты.

Рекомендации по проведению беседы:

- разговаривать в спокойном месте, чтобы избежать возможности быть прерванным в беседе;
- уделять все внимание собеседнику, смотреть прямо на него, удобно, без напряжения расположившись напротив, но не через стол;
- пересказать то, что собеседник рассказал вам, чтобы он убедился, что вы действительно поняли суть услышанного и ничего не пропустили мимо ушей;
- дать возможность собеседнику высказаться, не перебивая его, и говорить только тогда, когда перестанет говорить он;
- говорить без осуждения и пристрастия, что способствует усилению у собеседника чувства собственного достоинства; произносить только позитивно-конструктивные фразы («мгновенный рефрейминг»).

Оказание первичной психологической помощи суициденту

| Если вы слышите | Обязательно скажите | Не говорите |
|-------------------------------------|---|---|
| «Ненавижу учебу, класс...» | «Что происходит у нас, из-за чего ты себя так чувствуешь?» | «Когда я был в твоём возрасте... да ты просто лентяй!» |
| «Все кажется таким безнадежным.. .» | «Иногда все мы чувствуем себя подавленными. Давай подумаем, какие у нас проблемы и какую из них надо решить в первую очередь» | "Подумай лучше о тех, кому еще хуже, чем тебе". |
| «Всем было бы лучше без меня!» | «Ты очень много значишь для нас, и меня беспокоит твоё настроение. Скажи мне, что происходит». | «Не говори глупостей. Давай поговорим о чём-нибудь другом». |
| «Вы не понимаете меня!" | «Расскажи мне, как ты себя чувствуешь. Я действительно хочу это знать». | «Кто же может понять молодежь в наши дни?» |
| «Я совершил ужасный поступок...» | «Давай сядем и поговорим об этом». | «Что посеешь, то и пожнешь!» |
| «А если у меня не получится?» | «Если не получится, я буду знать, что ты сделал все возможное». | «Если не получится - значит, ты недостаточно постарался! » |

Кроме того, при проведении беседы нужно руководствоваться следующими принципами:

1. При выборе места беседы главное, чтобы не было посторонних лиц (никто не должен прерывать разговора, сколько бы он ни продолжался).
2. Желательно спланировать встречу в свободное время, с большим временным потенциалом.
3. В процессе беседы целесообразно не вести никаких записей, не посматривать на часы и тем более не выполнять какие-либо «попутные» дела. Надо всем своим видом показать суициденту, что важнее этой беседы для вас сейчас ничего нет.

Профилактическая беседа должна включать в себя следующие этапы:

Начальный этап – установление эмоционального контакта с собеседником, взаимоотношений «сопереживающего партнерства».

Важно выслушать суицидента терпеливо и сочувственно, без критики, даже если вы с чем-то и не согласны (т. е. нужно дать человеку возможность выговориться). В результате вы будете восприниматься как человек чуткий, заслуживающий доверия.

Второй этап – установление последовательности событий, которые привели к кризису; снятие ощущения безысходности. Имеет смысл применить следующие приемы:

- «преодоление исключительности ситуации»;
- «поддержка успехами» и др.

Третий этап – совместная деятельность по преодолению кризисной ситуации. Здесь используются:

- «планирование», т. е. побуждение суицидента к словесному оформлению планов предстоящих поступков;
- «держание паузы» — целенаправленное молчание, чтобы дать ему возможность проявить инициативу.

Завершающий этап – окончательное формулирование плана деятельности, активная психологическая поддержка суицидента. Целесообразно использовать следующие приемы:

- «логическая аргументация»;
- «рациональное внушение уверенности».

Если в ходе беседы человек активно высказывал суицидальные мысли, то его необходимо немедленно и с сопровождающим направить к психиатру в ближайшее лечебное учреждение. Если такой возможности нет, суицидента целесообразно во что бы то ни стало убедить в следующем:

- тяжелое эмоциональное состояние — явление временное;
- его жизнь нужна родным, близким, друзьям и уход его из жизни станет для них тяжелым ударом;
- он имеет право распоряжаться своей жизнью, но решение вопроса об уходе из нее, в силу его крайней важности, лучше отложить на некоторое время, спокойно все обдумать и т. д. Если человек совершил неудачную попытку самоубийства, то риск повторной попытки очень высок. Причем наибольшая ее вероятность – в первые два месяца.

Рекомендации родителям

Семейная дезорганизация – главная социально-психологическая причина суицидов. Дети, совершающие самоубийство, как правило, из неблагополучных семей, в которых часто происходят конфликты между родителями, между родителями и детьми с применением насилия. Экономические проблемы в семье, ранняя потеря родителей или утрата с ними взаимопонимания, болезнь матери, уход из семьи отца - также могут быть причинами суицидального решения.

Родителям можно рекомендовать:

- ни в коем случае не оставлять нерешенными проблемы, касающиеся сохранения физического и психического здоровья ребенка;
- анализировать вместе с сыном или дочерью каждую трудную ситуацию;
- учить ребенка с раннего детства принимать ответственность за свои поступки и решения, предвидеть последствия поступков. Сформируйте у него потребность задаваться вопросом: "Что будет, если...";
- воспитывать в ребенке привычку рассказывать родителям не только о своих достижениях, но и о тревогах, сомнениях, страхах;
- не опаздывать с ответами на его вопросы по различным проблемам физиологии;
- не иронизировать над ребенком, если в какой-то ситуации он оказался слабым физически и морально, помочь ему и поддержать его, указать возможные пути решения возникшей проблемы;
- обсудить с ним работу служб, которые могут оказать помощь в ситуации, сопряженной с риском для жизни; записать соответствующие номера телефонов;
- записать свои рабочие номера телефонов, а также номера телефонов людей, которым родители сами доверяют.

Тест для родителей

Уважаемые родители! Обращайте внимание на эмоциональное состояние вашего ребенка. Общайтесь, обсуждайте проблемы, учите их разрешать, внушайте оптимизм. Если вы не справляетесь сами, чувствуете неблагополучие в социальной, эмоциональной сфере вашего ребенка, не стесняйтесь обращаться за помощью. Не надейтесь, что все само собой пройдет и наладится. Проявите бдительность. Специалисты помогут облегчить страдания вашего ребенка, найдут выход из трудной ситуации.

Ответьте «да» или «нет» на предложенные вопросы, которые помогут увидеть картину ваших взаимоотношений с ребенком.

1. Рождение вашего ребенка было желанным?
2. Вы каждый день его целуете, говорите ласковые слова или шутите с ним?
3. Вы с ним каждый вечер разговариваете по душам и обсуждаете прожитый им день?
4. Раз в неделю проводите с ним досуг (походы в кино, концерт, театр, посещение родственников, катание на лыжах и т. д.)?
5. Вы обсуждаете с ним создавшиеся семейные проблемы, ситуации, планы?
6. Вы обсуждаете с ним его имидж, моду, манеру одеваться?
7. Вы знаете его друзей (чем они занимаются, где живут)?
8. Вы знаете о его времяпровождении, хобби, занятиях?
9. Вы в курсе его влюбленности, симпатий?
10. Вы знаете о его недругах, недоброжелателях, врагах?
11. Вы знаете, какой его любимый предмет в школе?
12. Вы знаете, кто его любимый учитель?
13. Вы знаете, кто его нелюбимый учитель?
14. Вы первым идете на примирение, разговор?
15. Вы не оскорбляете и не унижаете своего ребенка?

Подсчет результатов

Если на все вопросы вы ответили "да", значит, вы находитесь на верном родительском пути, держите ситуацию под контролем и сможете в трудную минуту прийти на помощь своему ребенку. Если же большинство ответов "нет", необходимо немедленно изменить поведение, услышать и понять подростка, пока не случилась беда.

Групповая кризисная психотерапия

Работа с суицидальными клиентами может проводиться также в рамках групповой кризисной терапии. В качестве показаний для групповой кризисной терапии выделяют:

- наличие суицидальных тенденций или высокая вероятность их возобновления при ухудшении кризисной ситуации;
- выраженная потребность в психологической поддержке и практической помощи, установлении значимых отношений взамен утраченных, необходимость создания жизненной оптимистической перспективы, разработки и опробования новых способов адаптации;
- готовность обсуждать свои проблемы, рассматривать и воспринимать мнение участников группы с целью перестройки, необходимой для разрешения кризиса и профилактики его рецидива в будущем.

Необходимо помнить, что в кризисной группе суицидальное поведение одного из участников сравнительно легко может актуализировать аналогичные тенденции у других членов группы, поэтому окончательные показания для групповой терапии устанавливаются на основании наблюдения за поведением суицидента на первом групповом занятии и знакомства с его субъективными переживаниями, связанными с участием в группе. Для этого в ходе предварительной беседы с клиентом оговаривается, что его первое участие в занятиях группы является пробным и обсуждение вопроса о методах его дальнейшего лечения состоится после этого занятия.

Размеры кризисной группы ограничиваются десятью участниками. В группу обычно включаются два клиента с высоким суицидальным риском, поскольку взаимная идентификация способствует публичному раскрытию и обсуждению ими своих суицидальных

переживаний. Однако ситуация с тремя и более подобными клиентами в группе представляет собой трудноразрешимую проблему: они потребуют слишком много времени и внимания в ущерб остальным членам группы и создадут тягостную пессимистическую атмосферу, чреватую актуализацией суицидальных переживаний у других участников.

Состав группы разнороден по возрасту и полу, что снимает представление о возрастной и половой уникальности собственных кризисных проблем, расширяет возможность взаимодействий.

Групповые занятия проводятся до 5 раз в неделю и длятся 1,5–2 часа. С учетом того, что обычные сроки разрешения кризиса составляют 4–6 недель, курс групповой кризисной терапии равен в среднем одному месяцу. За такой срок может произойти сплочение группы на основе общих кризисных проблем.

Общение участников группы вне занятий поощряется.

Группа является открытой, т. е. еженедельно из нее выбывают, в связи с окончанием срока терапии, один-два участника, и соответственно, она пополняется новыми.

Открытость группы, создавая определенные трудности для сплоченности, позволяет в то же время решать ряд важных терапевтических задач. Так, участники, находящиеся на более поздних этапах выхода из кризиса, своим успешным примером ободряют вновь поступивших, помогают созданию у них оптимистической лечебной перспективы. Кроме того, в открытой кризисной группе легче осуществляется когнитивная перестройка путем взаимного обогащения жизненным опытом, обменом различными способами адаптации. В открытой группе более опытные клиенты обучают вновь поступивших участников приемам выхода из кризиса.

Ориентированность групповой кризисной терапии на проблемы требует фокусирования занятия на кризисной ситуации, поэтому позиция психотерапевта в отличие от традиционной групповой психотерапии в известной мере является директивной. Специалист в кризисной группе чаще прибегает к прямым вопросам, предлагает темы дискуссий и способы решения проблем.

На этапе кризисной поддержки важное значение придается эмоциональному включению суицидента в группу, что обеспечивает ему эмпатическую помощь членов группы, способствует ликвидации у него чувства безнадежности, а также представления об уникальности и непереносимости собственных переживаний.

На первых занятиях клиент делится суицидальными переживаниями с другими членами группы, имеющими подобные переживания или столкнувшимися с ними в недавнем прошлом. В результате существенно облегчается отреагирование, что приводит к снижению аффективной напряженности. Актуализируются антисуицидальные факторы, что способствует мобилизации личностной защиты.

Этап кризисного вмешательства посвящен поиску оптимального способа разрешения кризиса. В процессе проблемных дискуссий достигается распознавание суицидентом-подростком своей неадаптивной установки, препятствующей использованию необходимых способов разрешения кризисной ситуации.

Групповая терапия с суицидальными клиентами имеет преимущества по сравнению с индивидуальным кризисным вмешательством. Благодаря обмену жизненным опытом, происходящему между членами группы, репертуар навыков адаптации при групповой терапии становится богаче, чем при индивидуальной работе. В группе «товарищей по несчастью» суицидент лучше принимает советы партнеров по лечению и поддержанный ими активнее испытывает новые способы адаптации. Группа дает суициденту возможность оказывать помощь другим участникам, ощущая при этом чувство компетентности и нужности, крайне ценное для преодоления кризиса.

В фазе окончания терапии, на последнем занятии, суммируются достижения суицидента, подкрепляется его уверенность в возможности реализовать намеченные планы. Сохранение контакта окончивших терапию клиентов друг с другом и с продолжающими работу в группе поощряется, в частности – их взаимопомощь. Для подростков с чувством

неполноценности, низкой самооценкой, составляющих значительную часть суицидентов, подобная возможность особенно важна для повышения уверенности в себе, она также помогает в будущем отказаться от чрезмерно зависимой позиции в межличностных отношениях. Следует отметить, что помочь во время кризиса и снизить риск суицида в будущем, групповая форма работы существенно усложняет работу психотерапевта. Выраженная потребность кризисных клиентов в психологической поддержке может приводить к эмоциональной перегрузке психотерапевта, которому, кроме того, необходимо следить за индивидуальными кризисными ситуациями членов группы в условиях их частой смены, учитывать возможность незаметного негативного влияния клиентов друг на друга, предупреждать распространение в группе агрессивных и аутоагрессивных тенденций. Поэтому с целью уменьшить нагрузку практикуется совместное ведение кризисной группы с котерапевтом.

В качестве примера программы групповой кризисной терапии предлагаем реориентационный тренинг, в задачи которого входит: исследование психологического смысла суицида для клиента, в том числе выяснение основных фрустрированных потребностей, исследование жизненного стиля личности и реориентация, которая понимается как расширение спектра возможностей и поиск новых ориентиров в жизни.

Реориентационный тренинг

Данный реориентационный тренинг разработан на основе индивидуальной психологии Альфреда Адлера, теории оптимизма Мартина Селигмана и социально-когнитивной теории Джулиана Роттера. В основу тренинга положена идея эутимной терапии. Эутимная терапия – вид поведенческой психотерапии, ставящий своей целью развитие когнитивных и поведенческих стратегий получения удовольствия и достижения хорошего самочувствия (от греческого «еи», «euthenein» – хорошо, процветать). Наиболее часто используемым и хорошо себя зарекомендовавшим методом эутимной терапии служит на сегодняшний день «тренинг наслаждения», материалы которого использованы в программе. Кроме того, использованы материалы книги К. Фопеля.

Тренинг состоит из ряда последовательных этапов. Первый этап тренинга не является групповым, и осуществляется в ходе индивидуальной беседы клиента и психотерапевта. Полученные на первом этапе результаты используются для обсуждения с клиентом возможности участия в групповой работе.

Этап 1. Исследование жизненного стиля личности

ТЕХНИКА 1. Выяснение психологических потребностей.

Самоубийство опирается в основном на душевную боль, главным источником которой являются фрустрированные психологические потребности. Шнейдман разработал опросник со списком этих потребностей для того, чтобы иметь возможность прицельно опрашивать обследуемых, оценивая, какое влияние оказывают различные потребности на их отношение к себе и окружающему миру. Он выделил 20 базовых потребностей человека. Значимость каждой из них оценивалась числом баллов таким образом, чтобы общая сумма всех баллов была равна 100. Иными словами, общее количество баллов у всех опрашиваемых является одинаковым, а диагностическую информацию можно извлечь из различий между показателями значимости отдельных потребностей (у конкретного человека). Эти различия демонстрируют, каким образом потребности формируют стиль (паттерны) жизни человека.

Опросник психологических потребностей

| Потребность | Баллы |
|---|--------------|
| 1. Самоуничжение. Потребность пассивно подчиняться; умялять свое достоинство. | |
| 2. Достижение. Потребность справляться с трудностями и побеждать. | |
| 3. Принадлежность. Потребность принадлежать, быть частью группы людей, поддерживать дружбу. | |
| 4. Агрессия. Потребность силой преодолевать сопротивление; стремление к | |

| | |
|--|--|
| борьбе, драке или нападению. | |
| 5. Автономия. Потребность быть независимым и свободным; преодолевать ограничения. | |
| 6. Противодействие. Потребность возмещать потери с помощью борьбы, повторных усилий. | |
| 7. Защита. Потребность отстаивать себя в случае критики или обвинений. | |
| 8. Почтение. Потребность в восхищении и поддержке, восхвалении и подражании вышестоящему лицу (лидеру). | |
| 9. Доминирование. Потребность контролировать, влиять и определять поведение других; стремление быть лидером. | |
| 10. Демонстративность. Потребность возбуждать интерес, привлекать, восхищать или развлекать других. | |
| 11. Избегание опасности. Потребность избегать боли, ранений, болезни и смерти. | |
| 12. Неприкосновенность. Потребность в защите себя и своего психологического пространства. | |
| 13. Забота. Потребность в обеспечении других едой, помощью, утешением, защитой и воспитанием | |
| 14. Порядок. Потребность в организованности и порядке в вещах и мыслях | |
| 15. Игра. Потребность в действиях для удовольствия, в поиске удовольствия ради него самого | |
| 16. Отвержение. Потребность в исключении, изгнании, удалении от себя другого человека | |
| 17. Чувственность. Потребность в эстетических и положительных чувственных переживаниях, в наслаждении | |
| 18. Избегание стыда. Потребность сторониться чувств унижения и стыда | |
| 19. Получение поддержки. Стремление, чтобы другой человек удовлетворял значимые потребности, потребность быть любимым | |
| 20. Понимание. Потребность располагать информацией о происходящем, понимать, каким образом и по какой причине происходят события | |

Техника 2. Выяснение смысла суицида.

В позитивной психотерапии попытка суицида рассматривается как «завершение болезненного развития». Под попыткой суицида подразумевается не столько стремление к смерти, сколько вызов окружающему миру. Возможно, что эта попытка заканчивается смертью или всерьез задуманное самоубийство не удаётся.

Если поразмышлять над тем, что означает «лишить себя жизни», то здесь можно обнаружить и позитивные стороны. Если человек «забирает» у себя жизнь, значит, он постигает жизнь, овладевает ею, он приспособливает ее к себе. Здесь возможно новое начало. «Лишить себя жизни» – это способность поставить свою жизнь под вопрос и изменить свои взгляды на нее.

Опросник для клиентов с суицидальными тенденциями

1) «Я этого больше не вынесу»; «Жизнь – это иллюзия»; «Все – игра воображения, химера, вымышленный мир»; «Кто научился умирать, перестает быть рабом», «Смерть – это ворота жизни»; «Все лишено смысла»

Можете ли вы вспомнить еще какие-нибудь пословицы и поговорки, которые близки к вашей проблематике? Как вы относитесь к этому?

2) Какое средство вы использовали, чтобы уйти из жизни?

3) Ваше чувство самоценности основывается преимущественно на вашей профессиональной деятельности?

4) В вашей профессиональной деятельности вы разочарованы, чувствуете себя отвергнутым? Или к вам несправедливо относятся на работе?

- 5) Была ли ваша попытка самоубийства вызовом окружающему миру? С какой целью?
- 6) Вы рассказывали кому-нибудь о вашей попытке самоубийства? Как среагировали ваш партнер и другие значимые для вас люди?
- 7) Какие разочарования (чем, кем) предшествовали вашей попытке самоубийства? Стояло ли за этим желание любви, близости и защищенности?
- 8) Одолевают ли вас мысли о безнадежности и бессмысленности жизни? Что вас привело к таким мыслям и ощущениям?
- 9) Знаете ли вы, какие причины заставляют людей других культурных традиций сознательно лишать себя жизни (например, харакири в Японии, принесение себя в жертву в Индии)?
- 10) Хотели ли вы покончить с невыносимой для вас ситуацией (какой?) или с жизнью вообще?
- 11) Задумываетесь ли вы о глобальных проблемах будущего всего человечества (война – мир, экологический кризис, мировой голод)?
- 12) Что для вас является смыслом жизни (стимулом, целью, мотивацией, жизненным планом, смыслом болезни и смерти, жизни после смерти)?
- 13) Какие цели и планы есть у вас в профессиональной деятельности, партнерских и семейных отношениях, здоровье и общественной сфере на ближайшие 5 лет? Какие возможности для их реализации вы видите?

Этап 2. Постановка и согласование целей

Любям доставляет большое удовольствие ощущение успешного достижения собственных целей и мечтаний, как кратковременных, так и перспективных. Помешать этому может несколько обстоятельств.

Во-первых, часто сами жизненные цели неясны и туманны. Бесцельность существования приводит к скуке и апатии, пассивности и пессимизму. Ясная и детальная постановка целей в этом случае сама по себе приносит некоторое удовольствие, особенно если возникает ощущение того, что собственные цели важны и другим людям, что собственные планы небезразличны другим людям и поддерживаются ими.

Во-вторых, очень часто можно встретить подмену целей средствами их достижения. Сконцентрировавшись на предмете, средстве достижения цели (например, автомобиле или квартире), люди забывают о том, для чего им этот предмет нужен. Привязываясь к средствам достижения цели, человек просто вынужден испытывать неприятные чувства в силу труднодоступности или порчи предмета.

В-третьих, часто цели ставятся на недостижимом уровне, что не дает человеку получать удовольствие от каждодневного приближения к этим целям. Сравнивая свое состояние с недостижимым идеалом, человек концентрируется на различии, которое существует между ним самим и идеальным состоянием, легко обнаруживает это различие и расстраивается. Для переформулирования такого рода целей используется широко известный (первоначально предложенный Б.Ф. Скиннером) принцип «последовательного приближения к цели». Суть этого метода состоит в том, что человека учат концентрироваться на маленьких шагах, ведущих к достижению цели, и обеспечивать самому себе подкрепление за выполнение этих шагов.

В-четвертых, часто вместо того, чтобы концентрироваться на целях (то есть на удовольствии), люди концентрируются на проблемах. Проблемы, таким образом, затмевают цель, накапливаются в сознании и затрудняют достижение цели. Многие проблемы, кажущиеся неразрешимыми, на практике легко устраняются, если внимание концентрируется на цели и связанных с нею удовольствиях.

Задача этого этапа тренинга состоит в том, чтобы научить участников формулировать позитивные и реалистичные цели и сообщать о них в открытой форме, вовлекая окружающих в достижение собственных целей. Далее участники учатся согласовывать собственные цели с целями и желаниями окружающих.

Упражнение 1. «Понимание целей».

Сядьте, возьмите 4 листа бумаги, карандаш или ручку. Напишите сверху на первом листе: «Каковы мои цели в жизни?». Потратьте 2 минуты, чтобы ответить на этот вопрос. Пишите все, что приходит вам в голову, каким бы общим, абстрактным или тривиальным написанное ни казалось. Вы можете включить сюда личные, семейные, карьерные, социальные, общественные или духовные цели. Дайте себе еще 2 минуты, чтобы просмотреть весь список и сделать дополнения и исправления. Отложите первый лист в сторону.

Возьмите второй лист и напишите сверху: «Как бы я хотел провести следующие три года?». Потратьте 2 минуты, чтобы ответить на этот вопрос, Потратьте еще 2 минуты на то, чтобы просмотреть список. Этот вопрос должен помочь вам выявить ваши цели более отчетливо, чем первый. Отложите в сторону и этот список.

Чтобы увидеть свои цели с другой точки зрения, напишите на третьем листе: «Если бы я знал, что мне осталось жить 6 месяцев начиная с сегодняшнего дня, как бы я их прожил?». Этот вопрос нужен, чтобы выявить, что важно для вас, но о чем при этом вы до сих пор даже не задумывались. Снова потратьте на ответы 2 минуты и еще 2 минуты на то, чтобы проверить список, и отложите лист в сторону.

На четвертом листе выпишите 3 цели, которые считаете наиболее важными из всех перечисленных. Сравните все четыре списка.

Обсуждение

Есть ли темы, проходящие красной нитью через все разнообразие ваших желаний?

Не принадлежат ли все ваши цели к одной категории, например социальной или личной?

Появляются ли какие-то цели во всех трех первых списках?

Не отличаются ли цели, которые вы выбрали как самые важные, от остальных перечисленных вами целей?

Целесообразно, чтобы ведущий начал с рассказа о своих собственных целях.

Упражнение – 15 мин. на одного участника, обсуждение – 5–7 мин. на каждого участника.

Хотя этот метод и не раскрывает целиком неосознанные жизненные цели, о которых говорил Адлер, он может помочь вам понять взаимоотношения между вашими целями и вашей повседневной деятельностью. Полезно повторять это упражнение каждые 6 месяцев, чтобы увидеть, какие изменения произошли за это время.

Упражнение 2. «Три желания».

Вы нашли старую запечатанную бутылку, выброшенную волнами на берег. Вы открыли ее, оттуда появился джинн и пообещал исполнить три ваших желания. Когда будете обдумывать, что загадать, помните, что желания должны оставаться в пределах человеческих возможностей. Они должны быть увлекательными, но правдоподобными.

1. Напишите ваши три желания.
2. Выберите одно, наиболее важное для вас.
3. Напишите о своем желании четко и подробно как о главной жизненной цели.
4. Что вы делаете или собираетесь сделать для достижения этой цели?
5. Каковы препятствия для ее достижения?
6. Если хотите, повторите пункты 3–5 для оставшихся двух желаний.

Обсуждение

Что вы чувствовали, когда писали о своей цели, принимая ее всерьез?

Почему?

Упражнение – 20 мин. на одного участника, обсуждение – 3–5 мин. на каждого участника.

Упражнение 3. «Свободен!».

В этом упражнении воображаемая экстремальная ситуация поможет участникам увидеть новые цели, которые могли быть скрыты пеленой условностей и устаревших иллюзий.

Сейчас вы переживете что-то вроде шока, и это, возможно, поможет вам взглянуть на свою жизнь по-новому. У каждого из нас есть множество желаний и целей. Некоторые из них мы осознаем и стремимся к их удовлетворению. О других мы догадываемся, однако предпочитаем оставлять их в полутьме. А часть наших желаний прячется, вероятно, в самых темных глубинах нашего бессознательного. Что произойдет, если мы станем более ясно и четко понимать наши желания и цели?

Представьте себе, что вы приняли волшебную таблетку, которая на время устраняет все сдерживающие факторы, усвоенные правила и моральные нормы. Вы освобождаетесь от робости, нерешительности, тревожности, от внутренней цензуры и любого внешнего давления. Действие волшебной таблетки продолжается в течение недели.

Что вы будете делать все это время? Что вы будете говорить? Как будет выглядеть ваша жизнь? Как вы будете себя чувствовать? Напишите, как бы вы прожили эту неделю. У вас есть на это четверть часа.

А теперь подумайте, могли бы вы сделать что-то из того, что вы записали, и без волшебной таблетки? К каким целям вы можете стремиться и без нее? Запишите свои мысли (5 минут).

Обсуждение

Насколько важны для вас такие желания, для исполнения которых действительно нужна волшебная таблетка?

Упражнение – 20 мин. на одного участника, обсуждение – 3–5 мин. на каждого участника.

Упражнение 4. «Смысл жизни».

Для участников, которые подвержены мыслям о самоубийстве, это упражнение дает прекрасную возможность прояснить цели своего существования. Участники группы должны быть близко знакомы друг с другом и доверять терапевту.

Сядьте прямо и сделайте несколько глубоких вдохов и выдохов. Закройте глаза и сосредоточьтесь.

Представьте себе старинную пустую виллу, которая сейчас необитаема. Осмотрите это здание. Пройдитесь по всем комнатам, полюбуйте старинной мебелью, светильниками, картинами и коврами.

Теперь поднимитесь по лестнице на второй этаж, пройдите через спальню. Обратите внимание на фиолетовую портьеру, немного прикрывающую широкую деревянную дверь. Отодвиньте портьеру в сторону и откройте дверь.

Сейчас вы видите вторую лестницу, пыльную и всю в паутине. Очевидно, ею очень давно никто не пользовался. Медленно поднимитесь по ступеням и откройте находящуюся наверху дверь.

Вы оказались в старой библиотеке, наполненной светом, льющим из окон и проникающим сквозь стеклянную крышу. Попробуйте прочесть несколько названий книг. Вдруг вы замечаете, что в углу комнаты сидит какой-то человек.

Он говорит спокойным, мягким голосом: «Я ждал тебя». И откуда-то из глубины души к вам приходит чувство, что этот человек обладает всеми знаниями мира и может ответить на все вопросы.

Вы решаетесь задать ему самый важный вопрос: «Зачем я пришел в этот мир?» и в тишине ждете, что он вам ответит. Ответ может прийти в словах, в жестах, в переданных телепатически мыслях или образах. Вы можете задать этому человеку любые важные для вас вопросы. А теперь поблагодарите старого мудреца и попрощайтесь с ним. Спуститесь по лестнице вниз, снова пройдите по всем комнатам. Покиньте эту виллу и возвращайтесь назад. Вы почувствуете себя обновленным после этой встречи. Потянитесь, выпрямитесь и откройте глаза.

Обсуждение

Получили ли вы ответ на заданный вопрос?

Готовы ли вы поделиться им с группой?

Упражнение – 5 мин. на одного участника, обсуждение – 3–5 мин. на каждого участника.

Этап 3. Переписанная биография

В прошлом многих участников группы нередко лежат не самые радостные события, в которых при всем желании трудно найти позитив, чтобы ему порадоваться. Часто взгляд, «направленный в прошлое», затмевает радости дня сегодняшнего. Простой и для многих эффективный совет жить сегодняшним днем, извлекая из прошлого уроки и планируя завтрашнюю счастливую жизнь, нередко оказывается трудновыполнимым.

Помочь последовать этому правилу должны упражнения, направленные на «примирение с прошлым». Задача этих упражнений состоит в том, чтобы перераспределить ответственность за прошлые несчастья между собой и обстоятельствами жизни и взять на себя самого ответственность за сегодняшнюю жизнь и свое собственное будущее. При этом, конечно, придется на некоторое время углубиться в прошлое. Но общая цель при работе с биографическим материалом состоит в том, чтобы выявить и реконструировать позитивные аспекты биографии, как бы переписать ее заново.

Упражнение 1. «Переписанная автобиография».

За исключением редких экстремальных случаев, биография каждого человека включает как трудности и несчастья, так и удачи, радости и счастье. Наша задача сейчас состоит в том, чтобы рассказать собственную биографию, оставив в ней только позитивные моменты, то есть такие события и обстоятельства, которые вам доставили удовольствие, радость или другие приятные чувства.

Пожалуйста, описывайте эти чувства как можно детальнее, используя ощущения разных модальностей.

Участники группы по очереди рассказывают подготовленные позитивные автобиографии.

Обсуждение

Как вам показалось, что в услышанных нами биографиях было самым приятным?

Какой момент лично для вас стал бы самым счастливым?

Упражнение – 20 мин. на одного участника, обсуждение – 5–7 мин. на каждого участника.

Упражнение 2. «Проект биографии».

Теперь, когда мы навели порядок в прошлом, попробуем пофантазировать и заглянем в наше позитивное будущее. Мы будем полностью свободны в наших фантазиях и сочиним каждый сам себе биографию на ближайшие 5–10 лет, включив в нее все наши мечты и планы, а также события и обстоятельства, которые наверняка доставят удовольствие и радость.

Пожалуйста, описывайте эти чувства как можно детальнее, используя ощущения разных модальностей.

Участники группы по очереди рассказывают подготовленные биографии.

Обсуждение

Как вам показалось, что в услышанных нами биографиях было самым приятным?

Какой момент лично для вас стал бы самым счастливым?

Упражнение – 20 мин. на одного участника, обсуждение – 5–7 мин. на каждого участника.

Домашнее задание

Позитивные биографии предлагается дополнить новыми позитивными событиями, которые участники могут позаимствовать из услышанных ранее рассказов.

Упражнение 3. «Счастливые моменты жизни».

Вспомните, пожалуйста, 2–3 счастливых момента вашей жизни, а также те пространственные и временные рамки, в которых вас «застало» счастье.

Вкратце запишите на листках суть дела и опишите те предметы или обстоятельства, которые вам в связи с этим запомнились.

Расскажите, что с вами произошло. Давайте попробуем инсценировать это событие.

О каких обстоятельствах вашей собственной жизни вы вспомнили, наблюдая эту сценку? Какие чувства испытали?

Драматизация, особенно с использованием приема «мысли вслух» и выявлением ключевых для счастливого события символов, может иметь очень большое значение для «примирения прошлого и настоящего».

Упражнение – 20 мин. на одного участника, обсуждение – 5–7 мин. на каждого участника.

Этап 4. Хорошее в плохом

Как мы поступаем со всякими неприятностями, которые неизбежно встречаются в нашей жизни? Можно поступать по-разному. Можно полностью сконцентрироваться на ошибках и неудачах, обидных словах, несправедливости и зле, которые, безусловно, есть в современном мире. Этот способ обращения с негативным очень распространен в современном мире. Более того, некоторые люди до такой степени концентрируются на негативном, что сами начинают создавать негатив вокруг себя.

Но опыт показывает, что в любом негативном событии или явлении всегда есть нечто позитивное. Оставив без внимания банальный «наполовину пустой – наполовину полный стакан», сконцентрируемся на простом приеме, который не позволяет портить нам удовольствие прошлыми и грядущими неприятностями.

Прием заключается в том, что в случившемся или ожидаемом неприятном событии мы ищем позитивные моменты, образно представляем себе этот позитив и вживаемся в него.

Несмотря на кажущуюся простоту и эффективность прием «Хорошее в плохом» требует специальной тренировки.

Столкнувшись с неприятными событиями или предполагая, что они могут произойти, подумайте о том, что в этих событиях может быть хорошего, приятного, позитивного.

Упражнение 1. «Хорошее в плохом».

Вспомните о неприятном событии, которое произошло с вами в прошлом или которого можно ожидать в будущем. Подумайте, что в этом событии, может быть хорошего, и расскажите нам об этом.

Участники группы могут помогать друг другу в поисках позитива и предлагать любые варианты.

Обсуждение

Существуют ли ситуации, при которых невозможно найти позитивное в нежелательных событиях?

Что мешает обращать внимание на позитивное?

Упражнение – 10–15 мин. на каждого участника.

Домашнее задание

Если в вашем присутствии кто-либо будет рассказывать о негативных событиях, то попробуйте сами найти в них позитивное и расскажите об этом позитиве партнеру по разговору. Если партнер будет сопротивляться и оспаривать ваши слова, будьте настойчивы и скажите, что вы все же остаетесь при своем мнении.

Упражнение 2. «Поиск наилучшей альтернативы».

Подумайте о событии, которое может случиться в ближайшем будущем и которого бы вы не хотели. Не стоит думать о трагических событиях, выберем просто неприятное.

Расскажите, пожалуйста, о ваших опасениях группе и предложите 4–5 наилучших альтернатив неприятным чувствам, которые могут быть связаны с этим событием.

Членов группы я попрошу помочь друг другу в поиске наилучших альтернатив.

Обсуждение

Что вы чувствовали, обдумывая наилучшие альтернативы?

Упражнение – 10–15 мин. на каждого участника.

Этап 5. Принятие похвалы.

Многим из повседневной жизни известны трудности и неприятные ощущения, которые возникают в момент, когда нас хвалят, особенно – хвалят публично. Трудность заключается даже не в том, чтобы суметь сказать: «Большое спасибо, было очень приятно это услышать», а в том, что было неприятно услышать именно похвалу.

Удивительным образом публичное признание заслуг и похвала повергают многих в сомнения и стыд. Ложно понятая скромность заставляет краснеть и прятать руки, заикаться и оправдываться («да нет, что вы, это совсем не так»).

Конечно, не от всех слышать похвалу приятно в равной степени. Но что мешает насладиться *заслуженной и искренней* похвалой и публичным признанием?

Мешает неумение наслаждаться позитивным. Участникам предстоит научиться не только адекватно, без самоуничижения и агрессии, реагировать на похвалу, но и получать от похвалы удовольствие, радоваться ей.

Упражнение 1. «Принятие похвалы. Умение радоваться комплиментам».

Выберите кого-нибудь из членов группы, кому бы вы хотели сказать комплимент, и скажите, что вам в нем нравится. Начинайте со слов:

Мне в тебе нравится...

У тебя лучше, чем у меня, получается...

Я тебе благодарен за то, что ты...

Сделайте небольшую паузу, чтобы партнер мог прочувствовать ваш комплимент.

Выслушивая комплимент, поверьте другому, повторите про себя его слова, начиная следующим образом:

Ему во мне нравится...

У меня лучше, чем у него, получается...

Он мне благодарен за мое...

Постарайтесь сосредоточиться на приятных чувствах, которые в вас вызывает похвала, скажите об этих чувствах партнеру.

Обсуждение

Что вы чувствовали, когда говорили или получали комплимент?

Как комплименты обычно действуют на людей?

Как они подействовали на вас?

Можете ли вы вспомнить случай, когда вас неожиданно похвалили?

Что вы чувствуете, вспоминая об этом?

Упражнение – 5–7 мин. на каждого участника.

Этап 6. Самоподкрепление

Самоподкрепление (как и самоконтроль) – метод, довольно широко используемый в рамках когнитивной поведенческой психотерапии. Некоторые исследователи считают самоподкрепление процедурой даже более действенной, чем подкрепление со стороны ведущего или окружающего мира. Суть метода состоит в том, что человек сам дает себе позитивное или негативное подкрепление каждый раз, когда ему удается достичь некоторой цели или решить жизненную задачу.

Сложность применения метода состоит в том, что в этом случае клиент часто не способен самостоятельно выбрать подходящие для него подкрепления и навык самоподкрепления сам по себе нуждается в тренировке.

Поэтому процедуре самоподкрепления часто предшествует модельная демонстрация самоподкрепления и тренировка в самоподкреплении в присутствии терапевта с последующими пробами в ролевой игре.

Иногда, когда обнаруживаются существенные нарушения самооценки члена группы, самоподкрепление может выступать не в качестве терапевтического приема, а как самостоятельная терапевтическая цель. В этом случае формированием новых способов самоподкрепления психотерапевт стремится внести существенные изменения в механизмы

внутренней вербализации, повысить уровень эффективности, внести коррекцию в уровень самоуважения клиента.

Ожидается, что самоподкрепление во внешней речи постепенно интериоризуется и становится привычным способом саморегуляции поведения.

Упражнение 1. «Сам себя не похвалишь - никто не похвалит».

В парах расскажите о себе все самое хорошее. Партнер помогает найти хорошее в себе. По сигналу ведущего участники меняются ролями. На рассказ о самом хорошем, радостях и успехах дается одна минута.

Инструкция: «Расскажите партнеру о своих успехах и радостях за последний год (месяц, неделю, день, час)». Партнер может расспрашивать, если его что-либо заинтересует.

Обсуждение

Что помогало, а что мешало говорить о своих успехах и радостях?

Упражнение – 5 мин. на одного участника, обсуждение – 5–7 мин. на каждого участника.

Этап 7. Наслаждение в действиях

«Кирпичики» наслаждения формируют приятные образы, оперируя с этими образами, люди учатся получать наслаждение от действий, с ним связанных. Коллекционирование спичечных коробков, плавание, спорт и танцы могут доставлять огромное наслаждение при соблюдении уже названных критериев.

На начальных стадиях этого этапа составляется «инвентарь» разных действий, которые доставляют удовольствие людям. Затем участникам предлагается осознанно и целенаправленно использовать эти занятия для получения наслаждения, концентрируясь на приятных чувствах.

На этом этапе тренинга сфера удовольствия ограничивается «субъект-объектным» (предметным) взаимодействием, в минимальной степени зависящим от настроений и действий других людей.

Упражнение 1. «Мне нравится».

Пожалуйста, подумайте и завершите следующее незаконченное предложение:

Мне нравится... а многие люди не знают, какое от этого можно получать удовольствие.

Обсуждение

Заинтересовали ли вас какие-либо удовольствия?

В какой сфере преимущественно лежат удовольствия участников нашей группы: работа, путешествия, увлечения, общение, искусство?

Упражнение – 5–7 мин. на каждого участника.

Упражнение 2. «Интервью в парах».

Участники любым способом разбиваются на пары.

Расскажите друг другу о тех занятиях, которые вам доставляют удовольствие. Постарайтесь как можно подробнее описать чувства, которые эти занятия у вас вызывают.

Сначала один из вас будет рассказывать о своих удовольствиях, партнер же постарается как можно подробнее разобраться в ощущениях и чувствах другого. Затем вы поменяетесь ролями.

Обсуждение

Пожалуйста, расскажите, что вы узнали об удовольствиях партнера. Попробуйте выступить в роли аналитика и рассказать, из каких «кирпичиков» складывается удовольствие от тех или иных занятий партнера.

Упражнение – 20 мин.

Домашнее задание

До следующего занятия выберите время для доставляющих вам удовольствие занятий. Постарайтесь отвлечься от всех мешающих или отвлекающих мыслей и полностью сосредоточиться на приятных ощущениях, возникающих в ходе этого занятия. Если вам

удастся выделить особо приятный «кирпичик» наслаждения, сосредоточьтесь на нем на некоторое время, уделите ему особое внимание.

Запишите подробно ваши ощущения от выполнения этого упражнения.

На следующем занятии нужно обязательно уделить время анализу выполнения домашнего задания и записей участников.

Этап 8. Наслаждение в людях.

Нам живется приятнее, если вокруг нас живут и работают приятные люди, которые делают приятные нам вещи. Мы можем существенно увеличить степень наслаждения жизнью, если научимся видеть в людях приятное. Близкие люди будут делать нам больше добра, если мы будем говорить им приятные вещи. Мы свободны видеть в людях как гадкое и пошлое, так и доброе и милое, как позитивное, так и негативное.

В этом разделе тренинга мы учимся видеть в окружающих людях позитивное, говорить им об этом, испытывать симпатию к другим и самим вызывать симпатию к себе.

Упражнение 1. «Мои любимые».

Расскажите, пожалуйста, о ваших добрых чувствах по отношению к вашим любимым и о тех качествах или о тех действиях, которые эти добрые чувства вызывают.

Обсуждение

Было ли названо что-то, что у вас вызывает не удовольствие, а, наоборот, – раздражение?

Существуют ли универсальные способы доставить удовольствие?

Что приятно всем людям? Что приятно конкретному человеку?

Упражнение 2. «Разговор с любимым».

В качестве материала используется ватман с записанными на нем приятными вещами из упражнения «Мои любимые».

Каждый участник выбирает партнера из числа членов группы, который может играть любимого человека.

Расскажите близкому человеку о том, что вам в нем нравится. По возможности как можно чаще используйте местоимение «я» и точно описывайте положительные чувства, которые возникают у вас в связи с теми или иными особенностями поведения партнера.

Обсуждение

Какие трудности возникли при выполнении этого упражнения?

О чем сложнее говорить – о действиях партнера или о собственных чувствах в связи с этими действиями?

Упражнение – 20 мин. на одного участника, обсуждение – 5–7 мин. на каждого участника.

Домашнее задание

До следующего занятия найдите время и скажите близкому человеку о том, какие позитивные чувства он у вас вызывает и в какой связи эти чувства возникают.

Упражнение 3. «Хорошее в плохом-2».

Теперь наша задача состоит в том, чтобы увидеть хорошее в самом неприятном для вас человеке.

Пожалуйста, кратко опишите этого человека, а затем расскажите, что в нем есть хорошего.

Обсуждение

Существуют ли люди, в которых невозможно найти позитивное?

Что мешает обращать внимание на позитивное?